

Komparasi Penetapan Tarif INA_CBGs dan Tarif Rumah Sakit dengan Diagnosa *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) Peserta Jaminan Kesehatan Nasional, Studi Empiris di Rumah Sakit Medika Dramaga - Bogor

Indupurnahayu^{1*}, Renea Shinta Aminda², Renny Rahayu³

^{1,2}Universitas Ibn Khaldun, Indonesia

³Rumah Sakit Medika, Indonesia

* Corresponding author e-mail: indupurnahayu@uika-bogor.ac.id

ARTICLE INFO

DOI: 10.32832/jm-uika.v12i1.3471

Article history:

Received:

22-09-2020

Accepted:

15-01-2021

Available online:

01-02-2021

Keywords:

Tariff Determination, Claim Difference, INA_CBGs, JKN, DHF

ABSTRACT

In its implementation, even though JKN (National Health Insurance) through the Health Social Security Administering Body (BPJS Kesehatan) was carried out approximately 5-6 years ago there were still frequent gaps in tariff differences between the Indonesia Case Based Group (INA-BCGs) and tariff setting by the Hospital that the patient referred. Based on these data and empirical conditions, this study was conducted to answer the calculation of the INA_CBGs rate for inpatients and outpatients for cases of disease caused by Dengue Fever (DHF) or better known as Dengue Hemorrhagic Fever (DHF). The study was conducted to confirm the basic amount of INA_CBGs rate setting, and to calculate and analyze the formulation in settling the difference in the calculation of the INA_CBGs Tariff and the hospital rate that the patient referred. The results showed that there were differences in rates for inpatients. The formulation of a short-term practical solution: 1) is cross subsidies and; 2) an alternative model for calculating the ideal difference in rates for hospitals in overcoming negative differences is to accommodate the difference in rates through two-way confirmation of BPJS Kesehatan and the Hospital Administrator.

1. INTRODUCTION

Satu bentuk usaha nirlaba yang terus berkembang dan telah berinovasi adalah usaha jasa dibidang kesehatan yaitu rumah sakit. Perkembangan jasa Rumah Sakit merupakan suatu bukti respon pemerintah dan swasta terhadap permintaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memuaskan pelanggan, Dalam upaya untuk membangun dan mengembangkan fasilitas Rumah Sakit sehingga memenuhi permintaan masyarakat timbul persaingan dalam memberikan jasa kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1204/Menkes/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan dalam lingkungan rumah sakit, menyatakan bahwa Rumah Sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat sekumpulang orang sakit mengumpul maupun orang sehat atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan. Permenkes ini menjadi rambu-rambu utama pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Data *World Health Organization* (WHO, 2010) menunjukkan, secara rata-rata setiap orang menghabiskan 5 hingga 10% dari pendapatan mereka untuk pembiayaan pelayanan kesehatan. Sedangkan bagi orang yang paling miskin, belanja kesehatannya bisa mencapai sepertiga dari pendapatannya. Bahkan WHO juga mensiyalir 100 juta orang berpeluang miskin akibat membiayai pelayanan kesehatannya, dan 150 juta orang menghadapi kesulitan untuk membayar pelayanan kesehatan setiap tahun.

Menyadari besarnya belanja yang ditanggung setiap orang ketika sedang sakit, Pemerintah menginisiasi agar semua Rumah Sakit diseluruh Indonesia baik Rumah Sakit negeri maupun swasta terlibat dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, keseriusan Pemerintah untuk menghilangkan beban setiap orang ketika dia sakit dari pembiayaan yang tinggi direalisasikan dengan membentuk suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bertanggung jawab menjalankan serta mengelola program jaminan kesehatan masyarakat. Lembaga yang dibentuk pada Undang–Undang BPJS No 40 tahun 2004 dan Undang–Undang No.24 Tahun 2011.

Awal mulai Jamsostek menjadi BPJS Kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan, merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang disahkan tanggal 31 Desember 2013. BPJS Kesehatan mulai berjalan sejak tanggal 1 Januari 2014. Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014. BPJS Kesehatan awal mula bernama Askes (Asuransi Kesehatan), yang dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero), disesuaikan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. Askes Indonesia berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014, dalam implementasinya, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengatur pola pembayaran fasilitas kesehatan tingkat lanjutan melalui mekanisme tarif INA_CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013. Tarif ini berlaku mulai 1 Januari 2014, dan disesuaikan dengan tarif INA_CBGs Jamkesmas dengan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 yaitu tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. Pelaksananya, walaupun sudah dilakukan kurang lebih lima

sampai enam tahun lalu masih sering dijumpai celah perbedaan tarif antara INA-BCGs dengan penetapan tarif oleh Rumah Sakit yang dirujuk pasien. Berdasarkan data dan kondisi empiris tersebut maka penelitian ini dilakukan untuk dapat menjawab perhitungan penetapan tarif INA_CBGs pada pasien rawat inap dan rawat jalan, mengkonfirmasi besaran dasar penetapan tarif INA_CBGs, dan menghitung serta menganalisis formulasi dalam penyelesaian selisih perhitungan Tarif INA_CBGs dan BPJS.

Adapun komparasi penghitungan perbedaan tarif INA_CBGs dan tarif Rumah Sakit difokuskan pada penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). Karena penyakit ini setiap tahunnya berjangkit pada bulan tertentu yang dibawa oleh nyamuk, dan belum bisa dipastikan obatnya sampai sekarang. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2019, jumlah kasus demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue pada bulan Februari 2019 sebanyak 16.692 kasus dengan 169 kasus meninggal dunia. Jumlah ini meningkat dibandingkan bulan sebelumnya, yaitu sebanyak 13.683 kasus dengan 133 kasus meninggal dunia. Penelitian ini dilaksanakan untuk mendapatkan formulasi praktis dan model alternatif perhitungan perbedaan tarif yang ideal bagi Rumah Sakit dalam mengatasi selisih negative.

2. LITERATURE REVIEW

Trisnantoro (2004) menyatakan bahwa tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan yang diresmikan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai uang tersebut Rumah Sakit mengikhlaskan memberikan jasa kepada pasien. Dalam pelaksanaan JKN, INA_CBG's memakai metode pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) Pasal 39 ayat (3) Perpres No 12 Tahun 2013. Dengan kata lain sistem pembayaran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL (fasilitas kesehatan merujuk tingkat lanjut) adalah berdasarkan tarif INA-CBGs.

Pembayaran INA-CBGs adalah pembayaran yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit (Pasal (1) PMK No 69 tahun 2013). Pembayaran ini dikembangkan dari system kesatuan kasus (casemix) dengan mengelompokan diagnosis/gejala dan prosedur dengan ciri klinis serta biaya yang sama/mirip dan pengelompokannya dilakukan dengan menggunakan grouper. Implementasi pembayaran INA_CBGs dilaksanakan di Rumah Sakit kelas A, B, C, D, serta Rumah Sakit umum dan rumah sakit khusus rujukan nasional (Pasal 4 PMK No 69 tahun 2013). Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA_CBGs yaitu biaya yang dikeluarkan untuk tindakan diagnosis. Tarif INA-CBG's dalam program JKN berbasis pada data costing 137 Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta serta data coding 6 juta kasus penyakit. Ada sejumlah aspek yang mempengaruhi besaran biaya INA_CBGs, yaitu diagnosa utama, adanya diagnosa sekunder berupa penyerta (comorbidity) atau penyulit (complication), tingkat keparahan, bentuk intervensi, serta umur pasien. Tarif INA_CBG's dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yaitu suatu rangkaian perawatan pasien sampai selesai. Dengan pola INA_CBGs, paket pembayaran sudah termasuk:

1. konsultasi kepada dokter

2. Fasilitas pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, radiologi (*rontgen*), dll,
3. obat Formularium Nasional (Fornas) dan juga obat bukan Fornas,
4. bahan dan alat medis habis pakai yang baik,
5. Penunjang akomodasi atau kamar perawatan,
6. Biaya lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien. Komponen biaya yang sudah termasuk ke dalam paket INA_CBG's, tidak dibebankan terhadap pasien.

Penerimaan Rumah Sakit dari pelayanan kesehatan terhadap pasien menjadi sumber pembiayaan utama bagi rumah sakit, dan menjadi hal yang sangat penting dalam pengelolaan operasional rumah sakit. Sebagaimana disampaikan focus penelitian adalah pada pasien rawat inap Dengue Hemorrhagic Fever (DHF). Data administrasi Rumah Sakit menunjukkan, rata-rata claim untuk diagnosa DHF INA-CBGs rawat inap adalah: kelas rawat inap kelas 3 sebesar Rp. 1.554.400, kelas 2 Rp.2.176.200 dan kelas 1 Rp.1.865.300. Sedangkan tarif Rumah Sakit berkisar antara Rp.2.000.000 sd Rp.5.000.000 dengan lama rawat 3 sd 5 hari. Dikarenakan claim dari BPJS cukup rendah perlu di buat *clinical pathway* oleh dokter spesialis.

Clinical pathway merupakan tahapan prosedur yang menunjukkan secara rinci setiap tahap dari pelayanan kesehatan termasuk hasil yang diharapkan pasien sampai sembuh. Dengan dapat dikatakan bahwa *clinical pathway* merupakan suatu proses mulai dari penerimaan pasien, di proses dan sampai pasien sembuh dan diperbolehkan pulang (Puti Aulia Rahma, 2013). *Clinical pathway* sebagai standar pelayanan minimal dan yang harus dilaksanakan dalam memberikan pelayanan yang baik dan tepat waktu.

Penelitian Fika Edya (2017) menunjukkan bahwa pasien rawat inap BPJS tahun 2016 sebanyak 10.804 orang pasien, terdapat selisih tarif negatif artinya tarif Rumah Sakit lebih tinggi dari tarif INA_CBGs. Perbedaan ini dipengaruhi diagnosa utama, diagnosa sekunder dan *severity level* kasus pasien. Sedangkan komponen tarif Rumah Sakit seperti obat, indakan, lab. Penelitian terdahulu Yohana Susanti (2019) menunjukkan adanya tarif berbeda antara yang ditetapkan Rumah Sakit dengan tarif INA-CBGs. Selisih positif pada pihak rumah sakit, sementara selisih negatif terjadi pada spesialis bedah. Faktor yang menyebabkan perbedaan tarif berdasarkan penelitian di Rumah Sakit tersebut adalah standar tarif *riil* Rumah Sakit dan ketepatan pengkodean. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Sandra dkk (2015) yang mengungkapkan bahwa Rumah Sakit mencatat *cost recovery rate* sebesar 93%. Artinya Rumah Sakit memperoleh keuntungan 7% dengan menggunakan tarif INA_CBG's. Menurut Hanevi Djasri (2016), untuk menyusun *clinical pathway*, ada langkah yang harus dilaksanakan sebagai berikut:

1. Dibentuknya suatu Tim kerja yang terdiri dari staf atau tenaga medis khusus dari multidisiplin dan mereka bisa bekerjasama dengan konsultan yang ditunjuk untuk melaksanakan langkah-langkah penyusunan *clinical pathway*.
2. Identifikasi *key player* Rumah Sakit.
3. Kerjasama dan *Focus group* pada *key player* Rumah Sakit dengan pelanggan internal dan eksternal
4. Bagaimana pelaksanaan *site visit* di rumah sakit. Adapun tujuan visit ini untuk memahami, dan

- menilai system pelayanan serta dapat menjelaskan bagaimana implementasi *clinical pathway*. Kemudian melakukan identifikasi dengan *site visit* internal maupun *site visit* eksternal
5. Studi literatur.mencari referensi yang sesuai atau relevan dengan permasalahan.
 6. Diperlukannya *Focus Group Discussion* (FGD) tujuannya adalah untuk mengenal kebutuhan pasien (internal dan eksternal) harus disesuaikan dengan kemampuan Rumah Sakit dan menilai kepuasan pelanggan dengan menggunakan kuesioner atau wawancara.
 7. Menyusun pedoman klinik dengan mempertimbangkan hasil *site visit*, dan membuat prosedur pelayanan sesuai dengan tahapnya tujuannya agar pasien dapat dan mengetahui pelayanan yang diberikan Rumah Sakit.
 8. Melakukan analisis bauran kasus tujuannya untuk menyediakan dan memberikan informasi pada saat sebelum dan setelah diterapkan *clinical pathway* pada pasien yang akan di rawat. Sebagai contoh *length of stay*, biaya per kasus, obat-obatan yang diberikan pada pasien, tes diagnosis, tindakan yang dilakukan, dan praktisi klinis yang terlibat dalam pelayanan Rumah Sakit bahkan yang komplikasi.
 9. Setelah melakukan analisis seterusnya menetapkan sistem pengukuran proses rumah sakit dan *outcome*.
 10. Mendesain dokumentasi *clinical pathway*. Penyusunan dokumentasi *clinical pathway* dalam mendesain perlu memperhatikan format *clinical pathway*, ukuran kertas, tepi dan perforasi untuk filing. Perlu diperhatikan bahwa penyusunan dokumentasi ini harus mendapatkan ratifikasi oleh Instalasi Rekam Medik untuk melihat kesesuaian dengan dokumentasi lain.

Berdasarkan uraian di atas, bahwa dalam penelitian ini adalah menganalisis dan mengetahui faktor yang mempengaruhi penetapan Tarif INA_CBGs pada DHF, dan kemudian memiliki formulasi model alternative praktis perhitungan perbedaan tarif pada DHF.

3. RESEARCH METHODS

A. Tempat dan Jenis Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Medika Dramaga yang beralamat di Jalan Raya Dramaga KM. 73 Kelurahan Marga Jaya Bogor Barat, waktu penelitian dilakukan pada bulan Februari sampai dengan Agustus 2020, Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional dengan desain penelitian deskriptif analitik. Pengambilan data dilakukan secara *cross sectional retrospektif* dengan mencatat hasil rekam medik, pembiayaan tarif riil rumah sakit, klaim pembiayaan INA_CBG's pasien rawat inap yang menjalani perawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Medika Dramaga periode Januari- Desember 2019. Data yang diperoleh dianalisis sesuai metode deskriptif dan kuantitatif.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis pasien JKN yang dirawat inap dari Januari-Desember 2019. Dari jumlah penyakit yang ada, penyakit demam berdarah adalah penyakit

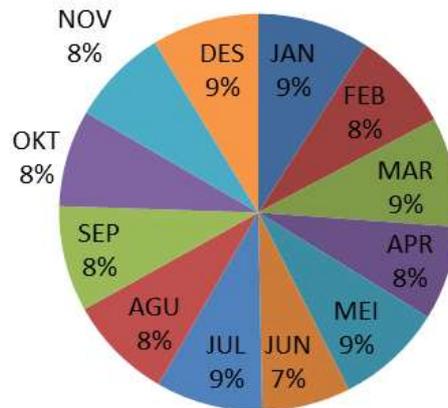
terbesar kedua di Rumah Sakit Medika dan memiliki resiko tinggi dengan kematian bagi yang mengalami rawat inap. Data menunjukkan terjadinya perbedaan selisih tarif yang ditetapkan Rumah Sakit dengan tarif JKN terhadap pasien penderita penyakit demam berdarah ini. Teknik investigasi ilmiah yang dilakukan peneliti adalah melakukan wawancara dan *review* biaya yang dikeluarkan Rumah Sakit untuk setiap *treatment* yang diberikan pada pasien dengan tarif yang ditetapkan JKN.

Teknik analisis data telah dilakukan adalah secara observasional dengan memakai instrument penelitian berkas rekam medis pasien dan variabelnya adalah Tarif *riil* Rumah Sakit dan tarif INA_CBGs dari BPJS. Teknik pengumpulan data dengan memakai data primer dan data sekunder lalu diolah dan dianalisis semua variabel yang ada, kemudian disajikan dalam bentuk visualisasi tabel dan grafik.

C. Analisis Data

Data yang diperoleh dari Rumah Sakit untuk pasien rawat inap pada tahun 2019 disajikan secara visual berdasarkan kronologis bulan dan jenis penetapan tarif (Lihat **Tabel 1** dan **Tabel 2**). Terjadi jumlah penurunan jumlah pasien yang dirawat dalam periode bulan Januari hingga Desember 2019 serta terjadi selisih jumlah yang dibayarkan tidak sesuai dengan yang dibayarkan BPJS. Tarif yang dikenakan BPJS berdasarkan standar pengobatan pada pasien demam berdarah yang di rawat inap tanpa ada indikasi penyakit lain atau penyakit dengan gejala normal, sedangkan pihak Rumah Sakit menetapkan tarif sesuai dengan *unit cost* perawatan inap dengan standar penyakit tanpa ada gejala lain menggunakan fasilitas penentu lain seperti laboratorium dan penggunaan obat dan fasilitas APD disesuaikan dengan gejala penyakit pasien. Maka muncul selisih kurang bayar karena jumlah yang dibayarkan BPJS dibawah tarif rumah sakit.

Tabel.1 menjelaskan ringkasan komprehensif dari total jumlah tagihan untuk pasien pemegang system JKN untuk semua jenis penyakit, dengan jumlah pasien sebanyak 6010 orang dan fluktuatif setiap bulan dengan minus sebesar Rp. 8.696,8 M. Tercatat jumlah pasien tertinggi ditahun tersebut adalah sebanyak 544 pasien pada bulan Januari dengan selisih biaya negative yang harus dibayar Rumah Sakit Medika sebesar Rp. 764,8 juta, sementara selisih biaya negative tertinggi terjadi pada bulan Agustus, yaitu sebesar Rp. 848,6 juta dengan jumlah pasien sebanyak 513 orang. Rata rata minus per pasien sebesar 1.447.055.



Gambar 1. Grafik Jumlah Pasien Rawat Inap 2019

Sumber: Hasil Pengolahan Data Penelitian, 2019

Data yang diperoleh dari rumah sakit untuk diagnosa DHF rawat inap pada tahun 2019 disajikan secara visual berdasarkan kronologis bulan dan jenis pentapan tarif (**Tabel 2**).

Table 1. Rekapitulasi Jumlah Pasen dan Biaya BPJS Tahun 2019

Bulan	Total Pasien	Juta (rp)		
		Total INA_CBGs	Total RUMAH SAKIT	Selisih
JAN	544	2.052,5	2.817,3	(764,8)
FEB	492	1.958,9	2.715,5	(756,7)
MAR	536	2.169,2	2.916,4	(747,2)
APR	461	1.780,0	2.466,5	(686,5)
MEI	522	2.090,4	2.773,9	(683,5)
JUN	431	1.762,8	2.388,7	(625,9)
JUL	522	2.141,0	2.919,8	(778,9)
AGU	513	2.113,3	2.961,9	(848,6)
SEP	517	2.170,6	2.947,0	(776,4)
OKT	474	2.015,2	2.692,2	(677,0)
NOV	476	2.021,9	2.665,3	(643,4)
DES	522	2.167,6	2.875,5	(708,0)
JUMLAH	6010	24.443,5	33.140,3	(8.696,8)

Sumber: Data Rekapitulasi Jumlah Pasien dan BPJS Rumah Sakit Medika Dramaga Bogor (2019)

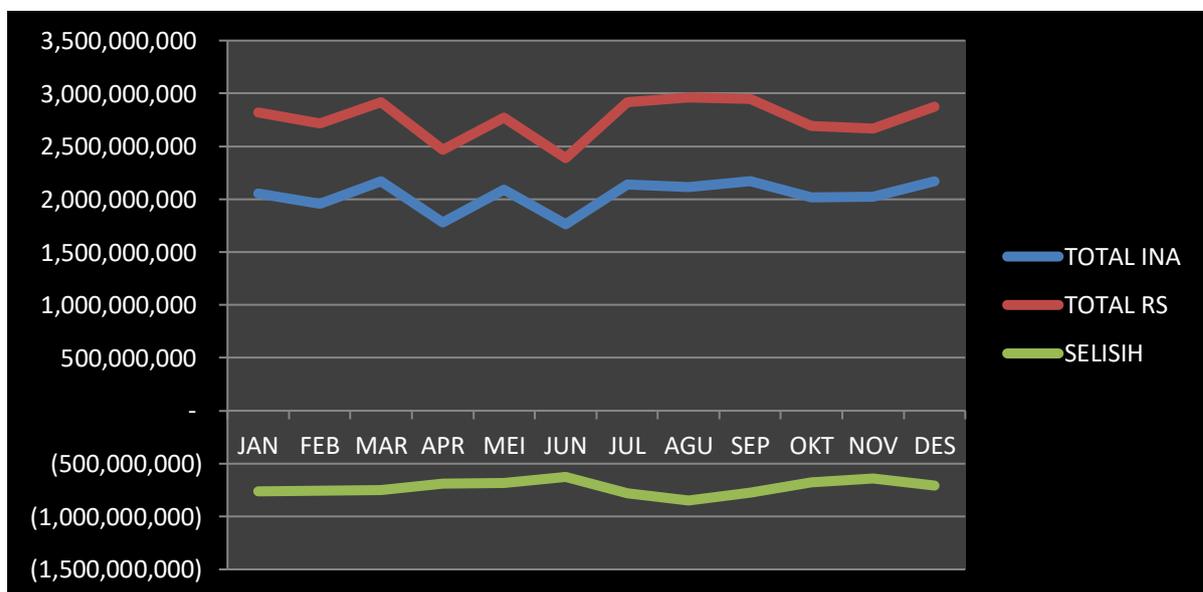
Sementara **Tabel 2** menunjukkan jumlah pasien rawat inap tahun 2019 di Rumah Sakit Medika untuk penderita penyakit DBD, dengan jumlah total pasien sebanyak 258 orang atau 4,29% dari total pasien BPJS. Biaya perawatan yang dibelanjakan menurut tarif BPJS adalah sebesar Rp 520,8 juta sedangkan biaya berdasarkan tarif Rumah Sakit adalah sebesar Rp 855,0 juta. Sehingga terjadi selisih kurang bayar (*negative recovery rate*) sebesar Rp 334,2 juta atau 39,08% dan menjadi beban biaya Rumah Sakit.

Tabel 2. Rekapitulasi Jumlah Pasien DBD dan Biaya BPJS Tahun 2019

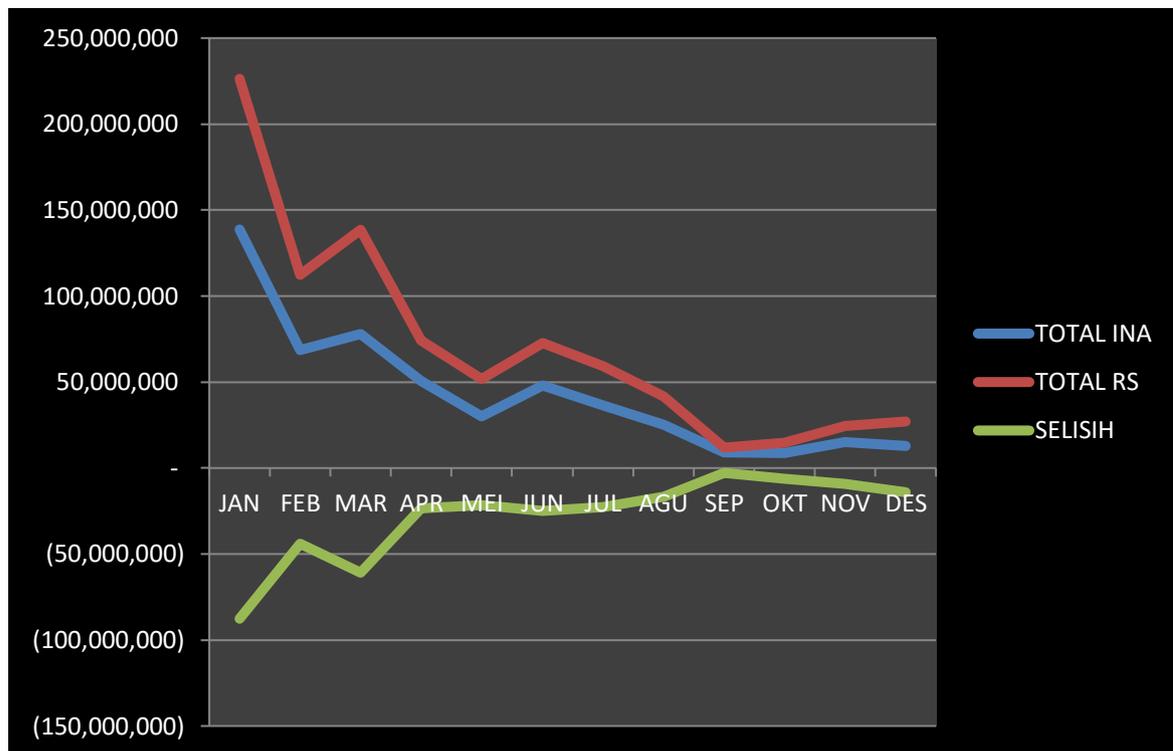
Bulan	Total Pasien	Total INA_CBGs	Juta (rp)	
			Total RUMAH SAKIT	Selisih
JAN	61	138,7	226,3	(87,6)
FEB	35	68,4	112,5	(44,1)
MAR	39	77,8	138,7	(60,9)
APR	25	50,7	74,1	(23,4)
MEI	16	30,0	51,6	(21,6)
JUN	27	48,0	72,8	(24,8)
JUL	18	36,4	59,2	(32,8)
AGU	13	25,1	41,6	(16,5)
SEP	5	9,0	11,8	(2,8)
OKT	4	8,7	14,9	(6,2)
NOV	8	15,2	24,5	(9,3)
DES	7	17,8	27,0	(14,2)
JUMLAH	258	520,8	855,0	(334,2)

Sumber: data Olahan Rumah Sakit Medika Dramaga Bogor dan diolah, 2019

Selisih biaya negative yang terlalu besar sejumlah 39,08 % harus menjadi perhatian *top management* rumah sakit yang beresiko mengurangi kualitas pelayanan sementara penanganan pasien DBD rawat inap yang memerlukan pemantauan intensif dan *treatment* yang cepat dan akurat karena beresiko kematian pasien, khususnya selama periode puncak DBD antara bulan januari sampai dengan maret 2019.

**Gambar 2.** Grafik Selisih Total Tarif INA_CBGs dan Tarif RUMAH SAKIT 2019

Sumber: Hasil Pengolahan Data Penelitian, 2019



Gambar 3. Grafik Selisih Diagnosa INA_CBGs dan Tarif Rumah Sakit 2019

Sumber: Hasil Pengolahan Data Penelitian, 2019

Gambar 2 dan **Gambar 3** di atas menunjukkan terjadinya *gap* antara pengeluaran rawat inap berdasarkan perhitungan Rumah Sakit (grafik garis merah) dengan klaim yang dibayarkan oleh INA-CBGs untuk pasien rawat inap DHF. Garis negatif dengan warna hijau menggambarkan besaran kewajiban biaya yang harus ditanggung oleh Rumah Sakit (*negative recovery rate*). Besaran semakin lama semakin menyempit, karena secara alamiah DHF terjadi diawal awal tahun yaitu Januari-Maret setiap tahunnya

D. RESULTS

Hasil wawancara dan data administrasi yang diperoleh menunjukkan bahwa besaran tarif berdasarkan INA_CBGs pada pasien rawat inap dibandingkan dengan tarif rawat inap berdasarkan tarif Rumah Sakit terjadi selisih minus (*negative recovery rate*) artinya tarif Rumah Sakit tidak semua di cover oleh INA_CBGs.

Data Administrasi Keuangan Rumah Sakit Medika menunjukkan bahwa untuk perawatan inap DBD secara total pada tahun 2019 mengalami minus sebesar 334,2 juta rupiah dan jumlah ini yang harus di cover oleh Rumah Sakit. Perbedaan ini yang menjadi perhatian pihak manajemen Rumah Sakit Medika Dramaga. Fonemana DBD adalah penyakit yang bersifat musiman dan terjadi pada bulan Januari sampai dengan Maret, sehingga intensitas perawatan dan beban medis terjadi pada bulan-bulan tersebut. Karena Demam Berdarah Dengue masuk kedalam kategori ancaman/*Threat*, maka diagnosis dengan volume pasien inap terbanyak pada tahun 2019 dengan jumlah pasien 258 pasien atau 4,29% dari seluruh pasien rawat inap dan minusnya sebesar -39,08%.

Penetapan tarif rumah sakit yang tinggi dari tarif INA-CBGs diikuti dengan besarnya biaya dalam memberikan layanan dan tidak sebanding dengan pendapatan yang diraih dari pembayaran klaim sehingga akhirnya terjadi defisit/loss yang mencapai angka rata-rata -1.29%. Dalam hal ini tarif INA-CBGs sudah menghitung sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan layanan rawat inap di Rumah Sakit diberikan dirawat sesuai hak kelas BPJS.

Tabel 3. Persentase Penggunaan Sumber Daya Pada Layanan Rawat Jalan INA-CBG's 2019

Penggunaan Sumber inap	Persentase
Tindakan	26%
Konsul/Visit	49%
Obat/Alkes	10%
Penunjang	17%
Akomodasi	1%

Sumber: Data Penggunaan Sumber Daya Layanan Rawat Jalan INA-CBG's (2019)

Namun terjadinya gap tarif RS dengan tarif BPJS Kesehatan dimana Rumah Sakit menggunakan tarif berdasarkan *Fee For Service* yaitu merupakan metode pembayaran rumah sakit berjenis retrospektif, dimana pembayaran ditetapkan setelah pelayanan kesehatan diberikan, sedangkan BPJS Kesehatan menggunakan sistem tarif INA CBGs yaitu metode pembayaran prospektif, dimana tarif pelayanan kesehatan telah ditetapkan sebelum pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien.

Untuk mengurangi selisih harus dilakukan efisiensi kendali mutu dan biaya dengan cara menyusun system Panduan Praktek Klinik (PPK) dan Clinical Pathway, Formularium Rs, setelah tersusun 3 dokumen tersebut dibutuhkan tim pengendali yang melakukan kerjasama antar semua pihak dilapangan dan monitoring ketaatan terhadap aturan yang telah dibuat lalu setiap bulan tim pengendali melakukan kajian dan analisa utilisasi review dengan menampilkan kasus yang sudah ditangani setiap bulan.

4. CONCLUSION AND SUGGESTION

Fenomena masih terjadinya gap antar penetapan tarif INA_CBGs mengaktifkan tarif yang ditetapkan Rumah Sakit masih terus terjadi, meskipun perjalanan BPJS Kesehatan melalui system JKN sudah dilaksanakan kurang lebih 5- 6 tahun berjalan. Analisis review biaya dan hasil wawancara menunjukkan terjadinya perbedaan sinergy dimungkinkan karena sifat layanan kesehatan yang berbeda dan unik antar individu. Perbedaan juga terjadi pada rawat inap dan karena adanya *comorbidity* yang membutuhkan treatment yang tidak tercover dalam system JKN.

Pada kasus DHF angka *negative recovery rate* mencapai angka -39, 08 % pada tahun 2019. Angka tersebut pada level stabil sehingga penanganan untuk mereduksinya harus menjadi prioritas penyelesaian. Pengendalian biaya di layanan rawat inap tetap harus mempertimbangkan kewajaran secara medis dengan mengacu kepada Pedoman Praktek Klinis/PPK dan *Clinical Pathway*.

Berdasarkan hasil review analisis biaya dan wawancara ahli, penelitian mengajukan beberapa usulan penanganan untuk mempersempit gap antara penentuan rawat inap tarif INA_CBGs dengan tarif rumah sakit dalam konteks penelitian adalah Rumah Sakit Medika Dramaga sebagai berikut:

1. Untuk jangka pendek, melakukan subsidi silang dari perawatan rawat jalan yang mengalami *positive recovery rate* dengan rawat jalan DHF.
2. Melakukan aktivitas sosial pengumpulan dana berupa *charity day* mengetuk pintu perusahaan dan individu dalam membantu pasien rawat inap DHF.
3. Melakukan komunikasi dua arah antara pihak rumah sakit dengan BPJS Kesehatan untuk memastikan dan mengkonfirmasi *treatment* sehingga beban pasien rawat inap dan rumah sakit dapat tertanggulangi. Langkah ini juga diyakini sebagai upaya menghilangkan *moral hazards* dan di sisi lain melayani pasien lebih berkualitas.

ACKNOWLEDGEMENT.

Peneliti mengucapkan terima kasih pada RISTEKDIKTI yang memberikan Dana penelitian Hibah tahun 2020, sehingga penelitian ini bisa terlaksana dengan baik.

REFERENCES

- 1) Aryu Chandra, (2010), Demam Berdarah Dengue: Epidemiologi, Patogenesis, dan Faktor Risiko Penularan. Vol 2 No 2 (2010): Jurnal Aspirator Volume 2 Nomor 2 2010
- 2) BPJS Kesehatan (2013), Buku Saku FAQ (Frequently Asked Question),
- 3) Cicilia Paat dkk, (2017), Analisis Pelaksanaan Clinical Pathway di RUMAH SAKITUP Prof Dr.R.D Kandou Manado. Jurnal Biomedik Vol 9.No.1 (2017)
- 4) Destanul Aulia, Sri Fajar Ayu, Nur Hidayah Nasution, (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
- 5) Juliansyah Noor, (2013), Analisis data Penelitian Ekonomi dan Manajemen
- 6) Puti Aulia Rahma, MPH, (2013). Majalah Dental & Dental edisi Januari-Februari
- 7) Hanevi Djasri, (2016), Clinical path way, FK UGM
- 8) Evelyn, (2000) Anatomi dan fisiologi untuk paramedic, cetakan ke 23. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- 9) Fakhni Armen dan Viviyanti Azwar. (2010). Dasar – Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit
- 10) Fika Edya, (2017), Analisis perbandingan Tarif Ina-CBG's dengan Tarif Rumah Sakit dan Cost Recovery Rate pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan. Thesis 26 Juli 2017 17:52
- 11) Firmanda D, Pratiwi Andayani, Nuraini Irma Susanti, Srie Enggar KD dkk. 2006. Clinical Pathways Kesehatan Anak dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di RUMAH SAKIT Fatmawati, Jakarta
- 12) Firmanda, Dody. (2007). Implementasi Clinical Pathways dalam pengendalian mutu dan biaya di rumah sakit. Jakarta.
- 13) Fitria Eka Ressti Wijayanti,(2016), Analisis Clinical Pathway dengan BPJS antara Rumah Sakit Negeri dengan Swasta
- 14) Sandra, Supriyadi dkk (2015) Cost Recovery Rate Program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan, Jurnal Akuntabilitas Vol VIII No 2 Agustus 2015 P-ISSN 1979-858X

- 15) Trisnantoro, L., (2004). Perubahan Sistem Manajemen dan Pelayanan Prima. Workshop Penggunaan Konsep Farmakoekonomi Untuk Pelayanan Prima Di Sektor Obat. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan. Rumah Sakit Universitas Gadjahmada. Yogyakarta
- 16) Trisnantoro, L. (2000). Berbagai Kasus Abu-Abu Bioetika. Apakah Diperlukan Suatu Etika Bisnis Untuk Pelayanan Kesehatan. Makalah Seminar Nasional Bioetika Dan Humaniora, FK-UGM Dan Harvard Univesity Rumah Sakit. Seminar dan Workshop Etika Klinis Kanal Pengetahuan UGM (2000)
- 17) Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Kedokteran. Jakarta: KonsoRumah Sakitium Upaya Kesehatan Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014
- 18) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Rumah Sakit Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
- 19) Suparyanto, (2011) Wanita Usia Subur. Diakses pada tanggal 20 November 2016. <http://id.wikipedia.org/wiki/promosikesehatan>.
- 20) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan
- 21) PERMENKES Nomor 1438/ MENKES/ PER/ IX/ 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran, dokter dan dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran termasuk di Rumah Sakit harus sesuai dengan standar.
- 22) Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019). Situasi DBD di Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;
- 23) UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- 24) Yohana Susanti (2019) Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG Pelayanan Rawat Inap di RUMAH SAKITU Panti Baktiningsih