
**KESESUAIAN BIAYA RIIL TERHADAP TARIF INA-CBG's PADA PASIEN JKN
PNEUMONIA KOMUNITI PEDIATRIK RAWAT INAP KELAS 3 DI RSUD Dr.
MOEWARDI**

Na'imatul Retno Faizah
Prodi Farmasi, STIKES Tujuh Belas
email : naimatul.rf@gmail.com

ABSTRAK

Pneumonia komuniti merupakan radang paru-paru yang disebabkan oleh mikroorganisme dan terjadi akibat infeksi di luar rumah sakit. Pneumonia komuniti pediatrik merupakan salah satu penyakit yang pembiayaannya diatur dalam tarif INA-CBG's. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan biaya riil terhadap tarif INA-CBG's pada pasien pneumonia komuniti pediatrik rawat inap kelas 3 di RSUD Dr. Moewardi tahun 2016-2017. Metode dalam penelitian ini adalah observasi analitik dengan menggunakan pendekatan penelitian cross sectional menurut prespektif rumah sakit. Metode pengambilan data secara retrospektif. Data penelitian ini adalah data kuantitatif. Analisis kesesuaian biaya riil dengan INA-CBG's menggunakan one sample t-test. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada pasien rawat inap pneumonia komuniti pediatrik di RSUD Dr. Moewardi tahun 2016-2017 pada kelas 3 tingkat keparahan I sebesar Rp 1.656.445 dan kelas 3 tingkat keparahan II sebesar Rp 1.777.347. Tidak terdapat perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada kelas 3 tingkat keparahan III dengan selisih sebesar Rp 883.538. Selisih yang positif menunjukkan total biaya riil lebih rendah dibandingkan tarif INA-CBG's. Faktor yang memengaruhi biaya riil pengobatan pneumonia komuniti pediatrik adalah LOS dan prosedur.

Kata kunci: Pneumonia Komuniti Pediatrik, INA-CBG's, Biaya Riil

ABSTRACT

Community acquired pneumonia is a pneumonia caused by microorganisms and incurred as a result of infection outside hospitals. Community acquired pneumonia pediatric funding was regulated in the INA-CBG's rates. The purpose of this research is to know the difference real costs against the rate of the INA-CBG's patients JKN community acquired pneumonia pediatric class 3 at dr. Moewardi hospital 2016-2017. The research was on analytic observation research used a cross-sectional design according to the hospital perspective. Data collection method was retrospectively. The data of this research were quantitative data. Analysis of suitability of real cost with INA-CBG's used one sample t-test. The study result showed that were differences between of real costs to the INA-CBG's rates on community acquired pneumonia pediatric inpatient in hospital Dr. Moewardi on class 3 severity I Rp 1.656.445 and severity grade 3 II amounted to Rp 1.777.347. There is no difference between of real costs to the INA-CBG's rates at the grade 3 level of severity III with the difference amounting to Rp 883.538. The difference were shown the positive difference, indicated that the total real costs lower than INA-CBG's rate. The factors affected the real costs of treatment of community acquired pneumonia pediatric were LOS and procedures.

Keywords: Community Acquired Pneumonia Pediatric, INA-CBG's, Real Cost

PENDAHULUAN

Pneumonia merupakan radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi, biasanya disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur dan parasit (Dorland, 2009). Gejala dari penyakit ini ditandai dengan menggigil, demam, sakit kepala, batuk, mengeluarkan dahak dan sesak napas (Kemenkes, 2017).

Di Indonesia pneumonia merupakan penyebab dari 16% kematian balita yaitu sekitar 920.136 balita pada tahun 2015. Persentase kasus pneumonia di Jawa Tengah pada tahun 2016 sebesar 3,61% (Kemenkes, 2017). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr.

Moewardi jumlah penderita pneumonia pediatrik pada tahun 2015 sebanyak 273 pasien.

Pneumonia dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu pneumonia komunitas merupakan pneumonia yang terjadi akibat infeksi di luar rumah sakit dan pneumonia nosokomial adalah pneumonia yang terjadi > 48 jam atau lebih setelah dirawat di rumah sakit (Danusanto, 2013). Pneumonia komunitas merupakan pneumonia yang paling banyak terjadi dan penyebab kematian serta disabilitas terbesar diantara penyakit pada sistem pernapasan lainnya (Librianty, 2015; WHO, 2016). Populasi yang rentan terkena pneumonia komunitas adalah anak-anak umur kurang dari 2 tahun (Kemenkes, 2017).

Pneumonia komunitas pediatrik selain dipengaruhi oleh umur, juga diperparah dengan adanya penyakit lain seperti adanya defek anatomi bawaan, defisit imunologi, gizi buruk juga berat badan lahir rendah (Pudjiadi *et al.*, 2009). Untuk mengatasi tingginya kejadian pneumonia diperlukan terapi yang tepat.

Terapi yang digunakan bertujuan untuk membunuh mikroorganisme penyebab pneumonia. Pengobatan pneumonia dilakukan secara empiris yaitu menggunakan antibiotik spektrum luas. Terapi antibiotika untuk pneumonia didasarkan pada kemungkinan patogen penyebabnya. Hal ini disebabkan agen etiologi pneumonia bermacam-macam sehingga pilihan obat tergantung umur pasien, sejarah paparan, kemungkinan resistensi dan manifestasi klinis (Alredge, 2013).

Banyaknya jenis antibiotik yang beredar saat ini, menyebabkan pemilihan antibiotik yang efektif, efisien, dan aman pada pasien pneumonia semakin kompleks, sehingga memerlukan berbagai pertimbangan baik dari segi kualitas maupun harga yang terjangkau. Penggunaan antibiotik yang tidak tepat dapat menyebabkan kekebalan terhadap agen antimikroba, yaitu munculnya bakteri-bakteri yang resisten terhadap suatu jenis agen antimikroba, atau peningkatan biaya pengobatan ditambah lagi biaya terapi akibat efek samping dari beberapa obat.

Hasil dari penelitian Jayanti dan Ambar (2015) di Rumah Sakit Dr. Moewardi pada pasien anak terdiagnosis pneumonia komunitas ditemukan bahwa antibiotik yang digunakan adalah kombinasi ampicilin-gentamisin (44,44%), cefotaksim diganti dengan gentamisin (22,22%), ceftriakson (11,11%), ceftriakson ditambahkan gentamisin (8,33%), ampicilin ditambahkan cloramfenikol (8,33%) dan ceftriakson ditambahkan cloramfenikol (5,55%). Terapi suportif untuk penderita pneumonia meliputi pemberian terapi oksigen pada pasien dengan

saturasi oksigen $\leq 92\%$, pemasangan infus, analgetik dan antipiretik untuk mengontrol batuk (Pudjiadi *et al.*, 2009).

Biaya yang tidak sedikit diperlukan untuk memenuhi terapi pneumonia. Hasil penelitian Nuraini (2012) menunjukkan semakin tingginya keparahan pneumonia dan pemberian terapi yang tidak tepat akan berdampak terhadap biaya kesehatan terutama biaya pengobatan dan akan memperberat beban ekonomi masyarakat. Karena tingginya biaya pengobatan maka solusi yang diambil pemerintah dengan menerapkan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjut dengan menerapkan *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's). Tarif INA-CBG's telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan (Depkes, 2016^a).

Pneumonia komunitas pediatrik merupakan salah satu penyakit yang pembiayaannya diatur dalam tarif INA-CBG's. RSUD Dr. Moewardi adalah Rumah Sakit rujukan lanjut, kelas A regional 1, maka tarif INA-CBG's untuk pneumonia rawat inap kategori ringan J-4-16-I, sedang J-4-16-II dan untuk kategori berat J-4-16-III pada kelas I, II dan III (Depkes, 2016^a).

Berdasarkan pengamatan klaim pelayanan pasien peserta JKN 2016, besar klaim menggunakan tarif INA-CBG's berbeda dengan biaya riil yang dikeluarkan pihak RSUD Kota Bau Bau Provinsi Sulawesi Tenggara. Terdapat selisih antara biaya pembayaran tarif INA-CBG's dengan tarif riil pengobatan pneumonia (Nasbah, 2015).

Menurut Nuraini (2012) terdapat beberapa faktor dari pasien yang memengaruhi besarnya biaya riil terapi pneumonia pediatrik seperti umur pasien, tingkat keparahan, lama pasien dirawat di rumah sakit dan adanya penyakit penyerta.

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Moewardi dengan subyek penelitian pasien JKN pneumonia komunitas pediatrik rawat inap pada tahun 2016-2017, dan data yang digunakan merupakan data umum pasien seperti jenis kelamin, umur, diagnosa sekunder, prosedur, LOS serta biaya riil pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan biaya riil terhadap tarif INA-CBG's pada pasien pneumonia komunitas pediatrik rawat inap kelas 3 di RSUD Dr. Moewardi tahun 2016-2017.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode observasi analitik dengan pendekatan *cross sectional* dan pengambilan data secara retrospektif. Subyek dalam penelitian ini adalah pasien JKN pneumonia komunitas pediatrik yang dirawat inap dengan kriteria inklusi diagnosis utama pneumonia komunitas pediatrik, dengan atau tanpa penyakit penyerta, LOS minimal 4 hari, dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan berkas rekam medik serta pembiayaan lengkap. Biaya yang diperhitungkan adalah biaya medis langsung berdasarkan perspektif rumah sakit. Analisis kesesuaian biaya riil dengan INA-CBG's menggunakan *one t-test*, sedang analisis faktor-faktor yang memengaruhi biaya riil menggunakan analisis korelasional.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik pasien

Karakteristik pasien dalam penelitian ini mencakup jenis kelamin, usia, perawatan pasien dan LOS. Distribusi jenis kelamin laki-laki lebih besar daripada jenis kelamin perempuan, jenis kelamin laki-laki sebesar 53,4%. Data ini sesuai dengan data epidemiologi dari BTS (*British Thoracic Society*) yang menyebutkan pneumonia pada anak-anak dibawah umur 5 tahun sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (*British Thoracic Society of Standards of Care Committee*, 2002).

Kelompok umur terbanyak yang menderita pneumonia komunitas pediatrik adalah kelompok umur 0-11 bulan sebesar 46,6%. Maryunani (2010) menyatakan kejadian pneumonia pediatrik tertinggi terjadi pada umur 6-12 bulan. Anak umur kurang dari 1 tahun rentan terhadap penyakit pneumonia karena imunitas belum sempurna, saluran pernafasan cukup sempit serta tingginya prevalensi kolonisasi bakteri patogen di nasofaring (Price dan Wilson, 2016).

Karakteristik perawatan pasien meliputi distribusi tingkat keparahan, diagnosis sekunder dan prosedur. Pasien dengan tingkat keparahan I lebih banyak dibandingkan pasien dengan tingkat keparahan II dan III, hal ini dikarenakan penderita pneumonia di RSUD Moewardi sebagian tidak memiliki diagnosis sekunder dan hanya memiliki satu diagnosis sekunder ringan. Diagnosis sekunder yang paling sering dijumpai pada pasien pneumonia komunitas pediatrik adalah *Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified* (22,8%), *anemia, unspecified* (22,8%), *malnutrition* (14,1%). *Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified* merupakan diagnosis sekunder yang sering dialami pasien pneumonia komunitas pediatrik. Hasil penelitian ini didukung dengan

penelitian Nurjanah *et.al* (2011) yang menyebutkan diare merupakan salah satu penyakit penyerta pneumonia. Diare dapat ditemukan pada pneumonia di masyarakat (*community-acquired pneumonia*), dapat terjadi pada kasus infeksi bakteri sistemik, lebih dari 50% anak yang menderita pneumonia dengan penyebab *legionella* akan mengalami diare (Nurjannah *et al.*, 2011). Prosedur terapi pneumonia komunitas pediatrik terbanyak dalam penelitian ini adalah *routine chest X-ray* (48%), *respiratory medication administered by Nebulizer* (37,4%).

Tingkat keparahan I kelas 3, memiliki rata-rata LOS pasien 6,57 hari, hal ini dikarenakan diagnosis sekunder pada tingkat keparahan I sedikit sehingga intervensi yang diberikan juga sedikit dan berdampak pada LOS yang lebih pendek. Pada tingkat keparahan I kelas 3 LOS minimum 4 hari dan maksimum 11 hari, perbedaan LOS ini disebabkan karena kondisi pasien pada LOS 11 hari lebih buruk meskipun tidak memiliki diagnosis sekunder.

LOS pada tingkat keparahan II kelas 3 rata-rata LOS 8,23 hari, dengan LOS minimum 4 hari dan LOS maksimum 18 hari. Perbedaan LOS ini disebabkan kondisi pasien dan diagnosis sekunder. Pasien dengan LOS 4 hari memiliki diagnosis sekunder ringan seperti diare dan anemia, sedang pada pasien dengan LOS 18 hari memiliki kondisi buruk dan diagnosis sekunder *guillain barre syndrome*.

LOS pada tingkat keparahan III kelas 3 rata-rata 10,75 hari, dengan LOS minimum 8 hari dan LOS maksimum 13 hari. Pasien dengan LOS 8 hari memiliki beberapa diagnosis sekunder meliputi anemia, malnutrisi dan sepsis. Pasien dengan LOS 13 hari memiliki kondisi yang lebih buruk dan beberapa diagnosis sekunder meliputi malnutrisi dan sepsis.

Analisis Biaya Terapi

Biaya terapi pada penelitian ini hanya ditinjau dari biaya medis langsung. Komponen biaya medis langsung dalam penelitian ini meliputi biaya IGD, biaya rawat inap, biaya tindakan, biaya penunjang, biaya obat dan alkes serta biaya lain-lain.

Tabel 1 menyajikan total komponen biaya penyakit pneumonia komunitas pediatrik pada kelas 3, dengan tingkat keparahan I (ringan), II (sedang) dan III (berat) dengan kode INA-CBG's J-4-16 I/II/III. Berdasarkan tabel 1 diketahui komponen biaya yang mempunyai alokasi dana terbesar selama perawatan pasien pneumonia komunitas pediatrik yaitu biaya tindakan medis, biaya tindakan penunjang serta biaya obat dan alkes.

Tabel 1. Komponen biaya pasien pneumonia komuniti pediatrik rawat inap kode J-4-16 kelas perawatan 3 Tahun 2016-2017

n	Kategori	Total Biaya (Rp)	Persentase	Rata-rata (Rp) ± SD	Min (Rp)	Max (Rp)
Tingkat keparahan I						
28	IGD	8.289.700	10,3	296.061±165.746	57.000	610.150
	Rawat Inap	7.680.000	9,6	274.286±86.728	160.000	460.000
	Biaya tindakan medis	16.829.150	20,9	601.041±436.804	141.000	1.641.000
	Penunjang	15.911.950	19,8	568.284±165.203	205.125	871.250
	Obat dan alkes	31.202.728	38,8	1.114.383±488.987	431.974	2.293.193
	Lain-lain	420.000	0,6	15.000±0	15.000	15.000
Total		80.333.528	100	2.869.055±1.343.468	373.637	5.890.593
Tingkat keparahan II						
22	IGD	6.973.500	6,9	316.977±238.205	57.000	919.373
	Rawat Inap	8.440.000	8,4	383.636±166.148	160.000	840.000
	Biaya tindakan Medis	28.014.138	27,8	1.273.370±832.851	309.500	3.410.038
	Penunjang	18.388.784	18,3	835.854±387.009	252.125	1.793.000
	Biaya obat dan Alkes	38.660.953	38,3	1.757.316±645.164	728.373	3.163.173
	Biaya lain-lain	330.000	0,3	15.000±0	15.000	15.000
Total		100.807.375	100	4.582.153±2.269.377	1.521.998	10.140.584
Tingkat keparahan III						
8	IGD	3.657.224	4,7	457.153±184.717	57.000	723.825
	Rawat Inap	4.460.000	5,8	557.500±107.670	400.000	720.000
	Biaya tindakan Medis	16.943.000	21,9	2.117.875±658.268	1.211.100	3.129.300
	Penunjang	14.489.575	18,8	1.811.197±605.149	754.250	2.371.625
	Biaya obat dan Alkes	37.465.973	48,6	4.683.247±1.409.425	3.487.968	6.927.381
	Biaya lain-lain	120.000	0,2	15.000±0	15.000	15.000
Total		77.135.772	100	9.641.972±2.965.229	5.925.318	14.718.851

Ket : SD (Standar Deviasi)

Sumber: Data mentah yang diolah, 2018

Tabel 1 pada kelas 3 tingkat keparahan ringan rata-rata dan SD tertinggi terdapat pada biaya obat dan alat kesehatan. Biaya minimum obat dan alkes adalah Rp 431.974 pada pasien dengan kondisi sesak, demam dan mendapat terapi obat berupa infus D5, ampicillin injeksi, gentamicin injeksi, paracetamol dan ventolin nebules (R). Biaya maksimum obat dan alkes adalah Rp 2.293.193 pada pasien dengan diagnosis anemia, sesak, batuk, demam, nafas cepat dan mendapat terapi obat infus D ¼ NS, ampicillin injeksi, gentamicin injeksi, ampicillin sulbactam, paracetamol, codeine, sulfas ferosus, vitamin C, nebulisasi pulmicort (R), berotec (R), NaCl.

Pada kelas 3 tingkat keparahan sedang rata-rata biaya terbesar terdapat pada biaya obat dan alat kesehatan. Biaya minimum obat dan alkes adalah Rp 728.373 pada pasien dengan diagnosis sekunder diare tanpa dehidrasi dan kondisi pasien

demam, sesak nafas serta mendapat terapi obat berupa infus D5 ¼ NS, ampicillin injeksi, gentamicin injeksi, oralit, zinc, bisoprolol dan nebules NaCl. Biaya maksimum obat dan alkes adalah Rp 3.163.173 pada pasien dengan diagnosis sekunder diare akut dengan dehidrasi, kondisi pasien sesak disertai batuk pilek dan demam serta mendapat terapi infus D 5 ¼ NS, ampicillin injeksi, gentamicin injeksi, probiotik, zinc, oralit, paracetamol oral, nebules NaCl, pulmicort (R), berotec (R), methylprednisolone injeksi dan paracetamol injeksi. SD paling tinggi terdapat pada biaya tindakan medis. Biaya minimum tindakan medis sebanyak Rp 309.500 karena kondisi pasien yang mengalami diagnosis sekunder diare tanpa dehidrasi kesulitan bernafas, nafas cepat dan pasien mendapat tindakan medis berupa dokter spesialis Raber RI biasa, injeksi IV, mengukur keseimbangan cairan, paket pelayanan ruangan dan nebulizer 1 kali. Biaya maksimum

tindakan medis sebanyak Rp 3.410.038 karena pasien mengalami diagnosis sekunder diare dan malnutrisi, nafas cepat, ronki dada, sindrom gawat nafas dan kesulitan makan menurun serta pasien mendapat tindakan medis berupa dokter spesialis Raber RI biasa, konsultasi dokter rawat inap, visite dokter spesialis DPJP Raber 13 kali, infus pump, pungsi arteri, *suction*, injeksi IV, mengukur keseimbangan cairan, bedside monitor, thermoregulasi, pemasangan NGT, pemberian oksigen dengan headbox, paket pelayanan ruangan intensif, penanganan sindrom gawat nafas dan nebulizer 27 kali.

Pada kelas 3 tingkat keparahan berat rata-rata dan SD terbesar terdapat pada biaya obat dan alat kesehatan. Biaya minimum pemeriksaan penunjang sebesar Rp 754.250 pada pasien

dengan nafas cepat, takikardi, demam, memiliki diagnosis sekunder malnutrisi dan sepsis serta dengan pemeriksaan penunjang berupa kultur sputum, cat gram, kepekaan kuman, patologi darah (calcium ion, chlorida darah, kalium darah, natrium darah, darah perifer lengkap, protein darah) dan *urine* rutin. Biaya maksimum pemeriksaan penunjang sebesar Rp 2.371.625 pada pasien dengan kondisi lemas, nafas cepat, ronkhi, demam dan takikardi, memiliki diagnosis sekunder anemia dan sepsis, serta mendapat pemeriksaan penunjang berupa radiologi thorak 3 kali, tranfusi darah, kultur darah, kultur sputum, patologi darah (albumin, analisa gas darah, *calcium ion*, chlorida darah, darah perifer lengkap, protein darah, kalium darah, natrium darah) dan *urine* rutin.

Analisis Kesesuaian Biaya Riil dengan Tarif INA-CBG's

Kesesuaian biaya riil dengan tarif INA-CBG's dapat dilihat dari ada tidaknya selisih antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's dan berdasarkan uji statistik. Besar selisih biaya

diperoleh dari pengurangan total tarif INA-CBG's dengan total biaya riil. Selisih dari total biaya riil dengan tarif INA-CBG's digambarkan pada tabel 2.

Tabel 2. Selisih antara total biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada tingkat keparahan I/II/III kelas perawatan 3 RSUD Dr. Moewardi

Tingkat Keparahan	Kelas	N	Total Biaya Riil (Rp)	Tarif INA-CBG's (Rp)	Selisih (Rp)
J-4-16-I	3	28	80.333.528	126.714.000	46.380.472
Total		28	80.333.528	126.714.000	46.380.472
J-4-16-II	3	22	100.807.375	139.909.000	39.101.625
Total		24	114.051.119	155.171.800	41.120.681
J-4-16-III	3	8	77.135.772	84.204.000	7.068.228
Total		8	77.135.772	84.204.000	7.068.228

Sumber: Data mentah yang diolah, 2018

Total selisih paling besar pada tingkat keparahan I sebesar Rp 46.380.472, hal ini disebabkan pada tingkat keparahan I mempunyai episode perawatan sebanyak 28 episode. Pasien dengan tingkat keparahan I cenderung memerlukan biaya pengobatan yang lebih kecil dan lama rawat inap lebih singkat dibandingkan pasien dengan tingkat keparahan II dan III yang memiliki kondisi lebih kompleks.

Total selisih yang paling kecil terdapat pada tingkat keparahan III yaitu Rp 7.068.228, disebabkan pada tingkat keparahan III mempunyai episode perawatan sebanyak 8 episode. Total selisih pada tingkat keparahan III menunjukkan bahwa kondisi pasien dengan tingkat keparahan III memerlukan biaya pengobatan yang lebih banyak dan lama rawat inap yang lebih lama, sehingga biaya yang dikeluarkan lebih banyak dan menghasilkan selisih biaya lebih sedikit.

Pada penelitian ini menunjukkan selisih yang positif antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's, hal ini dapat diartikan selisih yang ada akan menjadi keuntungan bagi rumah sakit. Namun selisih pada kelas 3 tingkat keparahan I dan II terlalu banyak, sehingga diperlukan penurunan tarif INA-CBG's pada kelas 3 tingkat keparahan I dan II, agar tidak menimbulkan kerugian di pihak rumah sakit sebagai penyedia layanan dan BPJS sebagai provider. Selisih biaya pada kelas 3 tingkat keparahan III juga menandakan biaya riil pengobatan pneumonia komuniti pediatrik rawat inap hampir mendekati tarif INA-CBG's karena banyaknya diagnosis sekunder yang dialami pasien pada tingkat keparahan III dan ada 2 pasien yang memiliki biaya riil melebihi tarif INA-CBG's, sehingga perlu adanya sedikit kenaikan tarif INA-CBG's pada kelas 3 tingkat keparahan III supaya rumah sakit tidak mengalami kerugian dan bisa memberikan pelayanan yang lebih maksimal.

Tabel 3 menjelaskan tentang hasil pengujian *one sample t-test* untuk melihat apakah terdapat perbedaan yang signifikan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's pasien

pneumonia komuniti pediatrik di RSUD Dr. Moewardi tahun 2016-2017.

Tabel 3. Perbandingan antara rata-rata biaya riil berdasarkan tingkat keparahan I/II/III kelas 3 dengan tarif INA-CBG's RSUD Dr. Moewardi Tahun 2016-2017

Tingkat Keparahan	Kategori	Rata-rata (Rp)	± SD	Selisih	P
J-4-16-I	Biaya Riil	2.869.055	1.034.169	1.656.445	0,000
	Biaya INA-CBG's	4.525.500	-		
J-4-16-II	Biaya Riil	4.604.653	1.816.655	1.777.347	0,000
	Biaya INA-CBG's	6.359.500	-		
J-4-16-III	Biaya Riil	9.641.971	1.838.517	883.538	0,216
	Biaya INA-CBG's	10.525.500	-		

Ket. : SD (Standar Deviasi)

Sumber: Data mentah yang diolah, 2018

Hasil analisis menggunakan *one sample t-test*, perbedaan dianggap signifikan apa bila hasil $p < 0,05$. Perbedaan yang signifikan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's terdapat pada kelas 3 tingkat keparahan ringan dan kelas 3 tingkat keparahan sedang. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Muslimah (2017) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's dengan nilai $p: 0,000$. Perbedaan signifikan pada tingkat keparahan ringan dan sedang, dapat disebabkan karena rata-rata lama rawat inap yang tidak terlalu lama dan penyakit penyerta yang tidak berat sehingga biaya riil yang dihabiskan pasien selama perawatan berbeda dengan tarif INA-CBG's bahkan lebih kecil dari tarif INA-CBG's.

SIMPULAN

Terdapat perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada pasien rawat inap pneumonia komuniti pediatrik di RSUD Dr. Moewardi tahun 2016-2017 yaitu pada kelas 3 tingkat keparahan I sebesar Rp 1656.445 dan kelas 3 tingkat keparahan II sebesar Rp

Kelas 3 dengan tingkat keparahan berat tidak ada perbedaan yang signifikan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's. Hasil penelitian ini semakna dengan penelitian Handayani (2016) yang menyatakan tidak ada beda biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada kelas 3 tingkat keparahan 3 dengan $p= 0,376$. Tidak adanya perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada tingkat keparahan berat karena pada tingkat keparahan ini memiliki LOS yang lama, penyakit penyerta dan prosedur beragam, sehingga dibutuhkan biaya terapi yang banyak dan menyebabkan tidak ada beda yang signifikan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's.

1.777.347. Tidak terdapat perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada kelas 3 tingkat keparahan III dengan selisih sebesar Rp 883.538. Selisih yang positif menunjukkan total biaya riil lebih rendah dibandingkan tarif INA-CBG's.

DAFTAR PUSTAKA

Alredge, R.L, 2013, *Applied Therapeutics The Clinical Use of Drugs*, Philadelphia, Lippincot Williams & Wilkins.

British Thoracic Society of Standards of Care Committee, 2002, *British Thoracic Society for Management of Community Acquired Pneumonia in Childhood In Thorax*, Vol. 57, 12-19.

Danusantoso, H, 2013, *Buku Saku Ilmu Penyakit Paru Edisi 2*, EGC, Jakarta.

Depkes, 2016^a, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.

Dorland, 2009. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (32 ed.), Elsevier Saunders, Philadelphie.

- Handayani, D.S, 2016, *Analisis Kesesuaian Biaya Riil Terhadap Tarif INA-CBG's pada Pasien Pneumonia Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta*. [Tesis], Fakultas Farmasi: Universitas Setia Budi.
- Jayanti dan Ambar, 2015, *Evaluasi Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Pneumonia Komuniti Pediatrik di Instalasi Rawat Inap RSUD"X"*, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Kemenkes, 2017, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*, Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Librianty, N, 2015, *Panduan Mandiri Melacak Penyakit*, Jakarta, Lintas Kata.
- Maryunani, A, 2010, *Ilmu kesehatan Anak dalam Kebidanan*, Jakarta, TIM.
- Mufarihah., Andayani, T.M dan Endang, S, 2016, *Biaya Perawatan Pasien Neonatal JKN Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Pusat*. Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi, 6: 110-114.
- Nasbah, I.R, 2015, *Analisis Biaya Terapi Penyakit Peumonia Pada Pasien JKN di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bau Bau Provinsi Sulawesi Tenggara*, [Tesis], Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi.
- Nuraini, 2012, *Gambaran Pengobatan dan Analisis Biaya Terapi Pneumonia pada Pasien Anak di Instalasi Rawat Inap RS 'X'*, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Nurjanah., Nora, S., Sidqi, A, 2011, *Profil Pneumonia pada Anak di RSUD Dr. Zainoel Abidin, Studi Retrospektif*, Sari Pediatri 13: 324-327.
- Price, S.A dan Wilson, L.M, 2016, *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit Edisi 6*, EGC, Jakarta.
- Pudjiadi, A., Badriul, H., Setyo, H., Nikmah, S dan Ellen, P, 2009, *Pedoman Pelayanan Medis*. Ikatan Dokter Indonesia, Jakarta.
- Rahayuningrum, I.O., Didik, G.T dan Arief, S, 2016, *Analisis Tarif Rumah Sakit Dibandingkan dengan Tarif INA-CBG's pada Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit*. Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta, 214-223.
- WHO, 2016, *Global Health Estimates 2015 Summary Tables: Global Deaths by Cause, Age and Sex*, Geneve, Swiss.