

**Analisis Kesesuaian Biaya Riil Terhadap Tarif INA-CBGS Pada
Pengobatan Stroke Non Hemoragik Pasien JKN Rawat Inap
RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2015**

**Comformity Analysis of Real Cost to INA-CBG'S Cost in Non Hemorrhagic
Stroke Treatment Of Hospitalized JKN Patients at
Dr. Soehadi Prijonegoro Hospital Sragen 2015**

Ari Dwidayati¹, Tri Murti Andayani², Chairun Wiedyaningsih²

¹Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi

²Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada

Jln. Letjen Sutoyo-Mojosongo Surakarta-57127, Indonesia

email : dwiari90@gmail.com

Abstrak

Stroke termasuk salah satu penyakit degeneratif dan juga penyebab kematian nomor satu di Indonesia. Pemberlakuan INA-CBG's (*Indonesia Case Based Groups*) pada pembiayaan rumah sakit bagi pasien stroke membutuhkan perencanaan pengobatan dan analisis biaya karena stroke memerlukan biaya yang tinggi sehingga rumah sakit dapat melakukan penghematan biaya dan diharapkan mampu menjadi solusi dalam pengendalian biaya pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola pengobatan pada pasien stroke non hemoragik, kesesuaian antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs dan faktor-faktor yang mempengaruhi biaya riil.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional, data diambil secara retrospektif dari berkas klaim jaminan kesehatan nasional periode Januari-Juni 2015. Analisa deskriptif digunakan untuk karakteristik pasien dan biaya riil, analisis data menggunakan *one sample t test* untuk membandingkan biaya riil dengan tarif INA-CBGs, uji korelasi untuk mengetahui pengaruh faktor-faktor yang mempengaruhi terhadap biaya riil.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola pengobatan digunakan citicoline (35,31%), clopidogrel (26,02%), amlodipin (7,06%), simvastatin (5,20%). Dari analisis *one sample t-test* diperoleh pada pasien tingkat keparahan I kelas 3 didapatkan rata-rata selisih biaya sebesar Rp. 1.066.143,-, tingkat keparahan II kelas 3 Rp. 766.848,-, dan tingkat keparahan III kelas 3 Rp. 931.119,-. Faktor-faktor yang berhubungan dengan biaya riil adalah diagnosis sekunder, tingkat keparahan, kelas perawatan dan LOS (*Length of Stay*).

Kata Kunci : Stroke non hemoragik, kesesuaian biaya, biaya riil, INA-CBGs.

Abstract

Stroke is one of the degenerative diseases and is also the number one cause of death in Indonesia. Enforcement INA-CBGs (*Indonesia Case Based Groups*) on the financing of the hospital for stroke patients in need of treatment planning and cost analysis for a costly stroke so that the hospital can make cost savings and is expected to be a solution in controlling health care costs. The purpose of this study was to determine treatment pattern of non-hemorrhagic stroke, correlation between real cost to INA-CBG's cost, and factors affecting the real cost.

This study was an observational research, the data was taken retrospectively from the document of national health insurance claim in January-June 2015 period. The descriptive analysis is used for patient characteristic and real cost, the data analysis was conducted using

one sample t-test to compare the real cost and INA-CBG's tariff, correlational test to find out the factors affecting the real cost.

The results showed that treatment pattern were citicoline (35,31 %), clopidogrel (26,02 %), amlodipin (7,06 %), simvastatin (5,20 %). Analysis using one sample t-test obtained severity I treatment class 3 Rp. 1.066.143,-, severity II treatment class 3 Rp. 766.848,-, dan severity III treatment class 3 Rp. 931.119,-. Factors that affect were secondary diagnosis, severity, treatment class and LOS.

Keywords: non-hemorrhagic stroke, compliance cost, real cost, INA-CBG's.

PENDAHULUAN

Pola makan merupakan salah satu perubahan gaya hidup masyarakat saat ini. Di Indonesia, sebagian besar masyarakat cenderung menyukai makanan siap saji, yang kandungan gizinya tidak seimbang yang umumnya mengandung lemak dan garam tinggi dengan kandungan serat rendah. Pola makan yang salah, dengan cepat menimbulkan gizi lebih atau obesitas dan berakibat timbulnya penyakit degeneratif seperti hipertensi, stroke, penyakit jantung dan diabetes yang sering menimpa kelompok usia produktif.

Menurut WHO (2011), stroke adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik lokal maupun menyeluruh, yang berlangsung dengan cepat, selama lebih dari 24 jam atau berakhir dengan maut, tanpa ditemukannya penyebab lain selain gangguan vaskuler. Sesuai penyebabnya stroke dibagi menjadi dua yaitu, stroke iskemik dan stroke pendarahan (Dipiro *et al.*, 2008). Lebih dari 80 % stroke asalnya iskemik dan disebabkan oleh oklusi arteri trombotik atau tromboemboli. Tempat awal bekuan yang paling sering meliputi arteri-arteri serebral ekstrakranial, jantung (fibrilasi atrium, penyakit katup mitral, trombus LV), arteri kecil menembus otak (stroke lakunar), dan plak arkus aorta. Stroke iskemik biasanya muncul defisit neurologis fokal dalam distribusi

pembuluh darah tunggal (Adrian and Caplan, 2013).

Pada data tahun 2008, di Amerika Serikat tercatat sekitar 700.000 individu terserang stroke dengan angka kematian sebesar 150.000 setiap tahun, yang sebagian besar disebabkan oleh penyumbatan aliran darah. Menurut WHO (2011), stroke merupakan penyebab kematian ketiga (10%) di dunia setelah penyakit jantung koroner (13%) dan kanker (12%). Menurut laporan statistik dari *American Heart Association* tahun 2011, stroke juga penyebab kecacatan serius dan jangka panjang nomor satu di Amerika dan dua pertiga stroke sekarang terjadi di negara-negara yang sedang berkembang (Roger *et al.*, 2011).

Di Indonesia, menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, prevalensi stroke nasional sebesar 8,3% dan pada tahun 2013 tercatat terjadi peningkatan 12,1%. Di mana prevalensi stroke pada kelompok usia 45 sampai 54 tahun mencapai 15,9% dan meningkat menjadi 26,8% pada kelompok usia 55 sampai 64 tahun. Hal ini terjadi karena pertambahan usia yang menyebabkan penurunan fungsi tubuh termasuk fungsi pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, mengakibatkan lumen pembuluh

darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak, sehingga kasus stroke memerlukan penanganan intensif dan edukasi dengan tujuan mengedepankan keselamatan pasien (Yuniadi, 2010).

Peningkatan angka kematian pada penderita stroke sangat bergantung pada terapi yang diberikan. Pola pengobatan untuk manajemen stroke iskemik akut pada umumnya hanya 2 obat yang direkomendasikan dengan rekomendasi Grade A yaitu injeksi intravena *tissue plasminogen activator* (t-PA) dengan onset 3 jam dan aspirin dosis kecil dengan onset 48 jam (Dipiro *et al*, 2005). Jenis terapi obat yang digunakan juga dipengaruhi oleh jenis tindakan yang diberikan tenaga medis, keahlian tim medis dalam mendiagnosis secara cepat dan tepat, serta kepatuhan tenaga medis terhadap *clinical pathway* sangat diharapkan. Implementasi *clinical pathway* sebagai pedoman dalam rumah sakit sangat perlu dalam penanganan atau pemilihan terapi karena terapi yang tidak tepat maka dapat menyebabkan waktu tinggal di rumah sakit menjadi lebih lama atau terjadinya komplikasi yang lain sehingga biaya terapi menjadi meningkat, yang pada akhirnya akan terjadi pembengkakan biaya. Pengobatan penyakit yang kurang efisien dan pelayanan yang tidak sesuai, dapat menjadi keluhan utama pasien terhadap rumah sakit sehingga bisa mengurangi kualitas rumah sakit tersebut.

Stroke merupakan penyakit yang "mahal" karena penderita stroke sering memerlukan perawatan lebih lanjut dan rehabilitasi jangka panjang. Besarnya biaya pada penyakit stroke ini, maka

sangat penting dilakukan suatu studi tentang analisis biaya pasien stroke sehingga dapat mendukung pembuat kebijakan kesehatan publik dalam pengembangan strategi manajemen stroke (Kang *et al.*, 2011). Sistem pelayanan kesehatan sangat berkaitan erat dengan biaya pelayanan kesehatan. Analisis biaya layanan kesehatan di rumah sakit juga diperlukan untuk dapat memberi informasi tentang total biaya yang terjadi di rumah sakit dan sumber pembiayaan beserta komponennya.

Pemerintah Indonesia menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Permenkes No. 27 tahun 2014).

Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Di mana cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis atau kasus yang relatif sama. Dalam pembayaran menggunakan sistem INA-CBGs, baik rumah sakit maupun pihak pembayar

tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan prosedur. Adapun kode INA-CBGs untuk stroke non hemoragik rawat inap adalah G-4-14 (Permenkes No.27 tahun 2014).

Berdasarkan Permenkes No. 27 tahun 2014, RSUD dr. Soehadi Prijonegoro merupakan rumah sakit negeri kelas B dan masuk dalam regional 1. RSUD dr. Soehadi Prijonegoro hingga kini menjadi rumah sakit pilihan dan telah memiliki pasien dari berbagai daerah sekitar. Untuk itu dilakukan penelitian untuk mengetahui pola pengobatan rumah sakit serta menganalisis model sistem pembayaran pelayanan kesehatan INA-CBGs terhadap biaya riil pada terapi pengobatan stroke non hemoragik dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi biaya terapi pasien stroke non hemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro.

Permasalahan yang dibahas dalam penelitian ini meliputi: (1) Bagaimana pola pengobatan penyakit stroke non hemoragik pada pasien rawat inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015?; (2) Apakah terdapat perbedaan biaya pengobatan penyakit stroke non hemoragik pasien rawat inap JKN dengan besarnya pembiayaan kesehatan berdasarkan INA-CBGs di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015?; (3) Apakah terdapat hubungan faktor pasien; umur, jenis kelamin, diagnosis sekunder, tingkat keparahan, kelas perawatan dan LOS terhadap biaya riil pada pasien rawat inap JKN penyakit stroke non hemoragik

di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015?.

Sedangkan tujuan penelitian ini adalah (1) Mengetahui pola pengobatan penyakit stroke non hemoragik pada pasien rawat inap JKN di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015; (2) Untuk mengetahui kesesuaian biaya riil dengan tarif INA-CBGs dengan melihat perbedaan biaya riil pasien stroke non hemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015 yang berstatus JKN dengan pembiayaan kesehatan berdasarkan INA-CBGs; dan (3) Untuk mengetahui hubungan faktor pasien; umur, jenis kelamin, diagnosis sekunder, tingkat keparahan, kelas perawatan dan LOS (*Lenght of stay*) terhadap biaya riil pada pasien rawat inap JKN penyakit stroke non hemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan dengan metode observasional menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* menurut perspektif rumah sakit. Pengambilan data dilakukan secara retrospektif yaitu melalui penelusuran catatan rekam medik pasien dan penelusuran data biaya pengobatan pasien stroke non hemoragik yang menjalani rawat inap. Data penelitian ini diambil secara kuantitatif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro.

Populasi penelitian ini adalah data pasien rawat inap JKN dengan penyakit stroke non hemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015.

Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah data pasien rawat

inap JKN yang memenuhi kriteria inklusi: (1) Pasien penyakit stroke non hemoragik yang menjalani rawat inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015 berdasarkan kelas 1, 2 dan 3 dengan kode INA-CBGs G-4-14-I/II/III; (2) Pasien stroke non hemoragik dengan atau tanpa penyakit penyerta yang dirawat inap; dan (3) Pasien dengan jenis pembiayaan BPJS.

Kriteria eksklusi yaitu apabila pasien tersebut telah meninggal, data rekam medik pasien yang tidak lengkap, dan pasien pulang paksa tidak diikuti dalam penelitian ini.

Alat yang digunakan adalah form yang telah disusun sesuai dengan kriteria penelitian, alat tulis dan alat hitung.

Bahan yang digunakan adalah seluruh berkas klaim pelayanan rawat inap pasien stroke non hemoragik dengan kode INA-CBG's G-4-14-I, G-4-14-II dan G-4-14-III, dan rekam medik (*medical record*) dan buku status pasien JKN rawat inap dengan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015. Data yang dicatat dalam lembar pengumpulan data meliputi : nomor rekam medik, identitas pasien (umur dan jenis kelamin), kelas perawatan, diagnosis masuk rumah sakit (MRS) meliputi diagnosis utama, komorbid, tanggal masuk rumah sakit (MRS), tanggal keluar rumah sakit (KRS), terapi obat, kondisi pada saat pasien keluar dari rumah sakit serta biaya pasien.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Demografi Pasien

Hasil penelitian menunjukkan jenis kelamin perempuan memiliki pravelensi

lebih tinggi (82,69%) terserang stroke non hemoragik dibanding dengan laki-laki (74,41%). Jenis kelamin perempuan di usia >55 tahun memiliki pravalensi lebih tinggi dibandingkan perempuan di usia <55 tahun.

Karakteristik subyek berdasarkan usia menunjukkan bahwa rentang usia >55 tahun pada tingkat keparahan I didapatkan hasil tertinggi (75%). Hal ini dikarenakan faktor stroke akan meningkat dua kali lipat setelah mencapai usia 55 tahun.

Karakteristik Perawatan Pasien

Karakteristik perawatan pasien dapat dilihat pada tabel 1. Tabel 1 menunjukkan pasien stroke non hemoragik kelas perawatan 3 sebanyak (61,05%) lebih banyak dibandingkan kelas perawatan 1 (28,43%) dan kelas perawatan 2 (10,52%). Hal ini disebabkan karena pasien merupakan pasien BPJS PBI dan pasien BPJS non PBI (pensiun dan petani).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, penyakit stroke hemoragik dikelompokkan kedalam sistem INA-CBG's berdasarkan kelas perawatan dan tingkat keparahan dibagi menjadi tiga kelompok kode diagnosis, yaitu G-4-14-I, G-4-14-II, dan G-4-14-III dengan digit terakhir angka romawi dari kode INA-CBG's sebagai penunjuk tingkat keparahan dari penyakit tersebut.

Tabel 1. Karakteristik Perawatan Pasien dengan Kode INA-CBGs G-4-14-I/II/III kelas perawatan periode Januari-Juni 2015.

Karakteristik	Kelompok	Jumlah	Persentase (%)
Kelas Perawatan	Kelas 1	27	28,43
	Kelas 2	10	10,52
	Kelas 3	58	61,05
Total		95	100,00
Tingkat Keparahan	G-4-14-I	75	78,95
	G-4-14-II	16	16,84
	G-4-14-III	4	4,21
Total		95	100,00
Jumlah Diagnosis Sekunder	Tanpa Diagnosis Sekunder	37	38,95
	1 Diagnosis Sekunder	42	44,21
	>1 Diagnosis Sekunder	16	16,84
Total		95	100,00

Hasil pada tabel 1 menunjukkan pasien stroke non hemoragik tingkat keparahan I dengan jumlah pasien 75 orang (78,95%) lebih banyak dibandingkan dengan tingkat keparahan II dengan jumlah pasien 16 orang (16,84%) dan tingkat keparahan III dengan jumlah pasien 4 orang (4,21%).

Karakteristik Diagnosis Sekunder

Tabel 2. Diagnosis Sekunder

Diagnosis Sekunder	Jumlah Kejadian (n=49)	Persentase (%)
I1.0	28	57,14
E11.9	8	16,33
I25.9	6	12,25
I4.8	4	8,16
I25.2	3	6,12

I1.0= *Essential Primary Hypertension*, E11.9= *Type 2 Diabetes Melitus without Complications*, I25.9= *Chronic Ischaemic Heart Disease, unspecified*, I4.8= *Atrial Fibrillation and Flutter*, I25.2= *Old Myocardial Infarction*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipertensi merupakan diagnosis sekunder yang paling banyak menyertai

penyakit stroke untuk semua kode diagnosis. Secara teoritis, hipertensi adalah diagnosis sekunder yang paling banyak terjadi pada stroke iskemik karena hipertensi dapat mengakibatkan menyempitnya atau pecahnya pembuluh darah di otak dan apabila pembuluh darah di otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu sehingga sel-sel otak mengalami kematian (Alway *et al*, 2012).

Diagnosis sekunder yang terbesar kedua adalah non-insulin-dependent-diabetes melitus tanpa komplikasi (16,33%), hasil penelitian sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Indrayani (2013), diabetes melitus merupakan penyakit penyerta terbesar ketiga yang dapat menyebabkan stroke. Diabetes Melitus merupakan salah satu faktor risiko terjadinya aterosklerosis dan memicu terjadinya keadaan sistem vaskula risasi yang patologis sebagai dasar terjadinya stroke non hemoragik (Antonios and Silliman, 2005).

Diagnosis sekunder ketiga yaitu penyakit jantung iskemis kronis

(12,25%). Secara teoritis penyakit jantung iskemik kronik adalah keadaan berbagai etiologi, yang menyebabkan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard. Diagnosis sekunder keempat yaitu *Atrial Fibrillation and Flutter* (8,16%). Fibrilasi Atrium (Afib) adalah kelainan irama jantung yang disebabkan oleh masalah dengan sistem lirik jantung. Aliran darah yang tidak teratur dapat mengakibatkan penggumpalan darah kecil sehingga terbentuk dalam bilik jantung ketika terjadi atrial fibrilasi. Gumpalan ini dapat berjalan melalui aliran darah ke otak, menyebabkan stroke (Sulaiman, 2014). Dan diagnosis sekunder kelima yaitu *Old Myocardial Infarction* (6,12%).

Distribusi LOS (Length of stay) Lama rawat Inap Rumah Sakit

Hasil distribusi LOS menunjukkan untuk tingkat keparahan I, rata-rata LOS pasien <10 hari, tingkat keparahan II dan tingkat keparahan III kelas perawatan 3, rata-rata LOS >10 hari. Rata-rata LOS dari penelitian ini tercatat ± 10 hari. Hal ini rata-rata LOS riil pasien lebih besar dari standar ketetapan paket INA-CBGs (LOS <8,5 dan $\geq 8,5$). Hal ini dikarenakan pasien yang menjalani perawatan adalah pasien usia lanjut yang memiliki jumlah

diagnosis sekunder lebih tinggi seperti hipertensi, penyakit jantung iskemik kronik, diabetes melitus sehingga mempengaruhi pola pengobatan yang diberikan oleh pasien dan membutuhkan waktu yang lebih lama untuk pasien dirawat.

Pola Pengobatan Pasien Stroke Non Hemoragik

Tabel 3 menunjukkan persentase jenis obat stroke non hemoragik yang digunakan oleh RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. Jenis obat yang paling banyak digunakan pasien adalah citicoline (nootropik). Prinsip pemberian citicoline pada penanganan stroke adalah membatasi daerah yang rusak, meningkatkan aliran darah otak mencegah terjadinya edema dan memperbaiki aliran darah. Menurut Alvarez-Sabin dan Roman (2011) citicoline adalah obat yang aman dan disetujui di berbagai negara untuk pengobatan stroke iskemik akut. Citicoline merupakan golongan obat neuroprotektif yang bersifat melindungi otak selama stroke (Junaidi, 2004).

Persentase obat stroke non hemoragik kedua terbanyak yang digunakan pasien adalah clopidogrel untuk terapi stroke iskemik,

Tabel 3. Deskripsi Terapi Pengobatan Stroke Non Hemoragik

Kelas Terapi	Nama Obat	Jumlah (n)	%
Neuroprotektor	Citicoline	95	35,31
Anti Agregasi Platelet	Clopidogrel	70	26,02
Antihipertensi	Amlodipin	19	7,06
Neuroprotektor	Piracetam	18	6,70
Antidislipidemia	Simvastatin	14	5,20
Antihipertensi	Candesartan	13	4,83
Diuretik	Furosemide	12	4,46
	Spirolakton	11	4,09
Antiangina	Isosorbid dinitrat	9	3,35
Anti Agregasi Platelet	Aspilet	8	2,98
Total		269	100,00

dimana obat ini bekerja dengan cara mengurangi agregasi platelet, sehingga menghambat pembentukan trombus pada sirkulasi arteri. Clopidogrel diindikasikan untuk menurunkan kejadian aterosklerotik (infark miokard, stroke, dan kematian vaskuler) pada pasien dengan riwayat aterosklerosis yang ditandai dengan serangan stroke yang baru terjadi (Ikawati, 2011).

Komponen Biaya Rawat Inap Pasien Stroke Non Hemoragik

Berdasarkan penelitian diketahui jenis komponen biaya yang mempunyai alokasi dana terbesar selama perawatan pasien stroke non hemoragik yaitu biaya rawat inap, biaya obat/barang medis, biaya tindakan medis, pemeriksaan penunjang medik, IGD, dan biaya lain-lain.

Kesesuaian Biaya Riil dengan Tarif INA-CBG's

Tabel 4 menggambarkan analisis kesesuaian biaya riil dengan Tarif INA-CBG's pasien rawat inap JKN Stroke Non Hemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015. Besar selisih biaya diperoleh dari pengurangan total tarif INA-CBG's dengan total biaya riil pasien JKN Stroke Non Hemoragik.

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui terjadi selisih positif antara total biaya riil dengan total tarif INA-CBG's pada pasien dengan kode INA-CBG's G-4-14-I/II/III. Selisih yang paling besar terdapat pada tingkat keparahan I (Rp. 71.818.829,-) dikarenakan episode perawatan

sebanyak 75 episode. Pada tingkat keparahan II kelas perawatan 1 dan tingkat keparahan III kelas 2 terdapat selisih negatif. Selisih biaya dipengaruhi oleh tingkat keparahan dan diagnosis sekunder pasien sehingga biaya pengobatan pasien semakin besar. Pihak rumah sakit memberikan subsidi silang terhadap selisih negatif yang terdapat pada biaya pengobatan pasien, di mana total biaya riil yang melebihi biaya paket INA-CBGs sehingga pihak rumah sakit tidak mengalami kerugian.

Data analisis *one sample t test* pada tabel 5, nilai rata-rata untuk pasien tingkat keparahan I, II, dan III untuk semua kelas 3 diperoleh nilai ($p < 0,05$). Hal ini berarti rata-rata biaya riil pengobatan stroke non hemoragik menunjukkan adanya perbedaan bermakna antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs sehingga dapat disimpulkan kesesuaian rata-rata biaya riil pasien stroke non hemoragik dengan tarif INA-CBGs dapat dilihat pada tabel 5.

Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa terdapat selisih positif antara biaya riil terhadap tarif INA-CBGs, dimana pada tingkat keparahan I kelas 3 didapatkan rata-rata selisih biaya sebesar Rp. 1.066.143,-, tingkat keparahan II kelas 3 sebesar Rp. 766.848,-, dan tingkat keparahan III kelas 3 sebesar Rp. 931.119,-. Selisih positif yang diperoleh bagi pihak rumah sakit merupakan bentuk keuntungan pihak rumah sakit dalam mengelola dan memberikan terapi kepada pasien secara efektif dan efisien.

Tabel 4. Perbandingan rata-rata biaya Biaya Riil dengan Tarif INA-CBGs

Kelas	Biaya	Total Biaya	Rerata	Standar Deviasi	Selisih	Min	Max	P
Tingkat Keparahan I								
1	Biaya Riil	90.038.443	4.092.657	2.724.646	23.455.157	578.192	11.516.326	0,081
	Biaya INA-CBGs	113.493.600	5.158.800	-		-	-	
2	Biaya Riil	21.929.712	3.654.952	2.360.265	4.601.088	1.735.590	8.028.347	0,462
	Biaya INA-CBGs	26.530.800	4.421.800	-		-	-	
3	Biaya Riil	129.427.716	2.753.781	1.086.262	43.762.584	1.097.387	6.381.515	0,000
	Biaya INA-CBGs	173.190.300	3.684.900	-		-	-	
Tingkat Keparahan II								
1	Biaya Riil	43.134.145	10.783.536	7.528.731	(-5.818.145)	4.227.278	20.184.231	0,725
	Biaya INA-CBGs	37.316.000	9.329.000	-		-	-	
2	Biaya Riil	19.235.728	6.411.909	1.075.698	4.753.172	5.336.806	7.488.203	0,125
	Biaya INA-CBGs	23.988.900	7.996.300	-		-	-	
3	Biaya Riil	37.925.273	4.213.919	2.225.011	22.047.172	2.400.721	9.779.953	0,011
	Biaya INA-CBGs	59.972.400	6.663.600	-		-	-	
Tingkat Keparahan III								
1	Biaya Riil	3.188.352	3.188.352	-	8.476.948	3.188.352	3.188.352	-
	Biaya INA-CBGs	11.665.300	11.665.300	-		-	-	
2	Biaya Riil	11.118.284	11.118.284	-	(-1.119.484)	11.118.284	11.118.284	-
	Biaya INA-CBGs	9.998.800	9.998.800	-		-	-	
3	Biaya Riil	11.828.852	5.914.426	157.286	4.835.948	5.803.208	6.025.644	0,029
	Biaya INA-CBGs	16.664.800	8.332.400	-		-	-	

Tabel 5. Perbandingan rata-rata biaya riil dengan tarif INA-CBGs berdasarkan analisis *one sample t test*.

Kelas	Biaya	Rerata	Standar Deviasi	p	Selisih
Tingkat Keparahan I					
3	Biaya Riil	4.092.657	2.724.646	0,000	1.066.143
	Biaya INA-CBGs	5.158.800	-		
Tingkat Keparahan II					
3	Biaya Riil	3.654.952	2.360.265	0,011	766.848
	Biaya INA-CBGs	4.421.800	-		
Tingkat Keparahan III					
3	Biaya Riil	2.753.781	1.086.262	0,029	931.119
	Biaya INA-CBGs	3.684.900	-		

Faktor yang Mempengaruhi Biaya Riil

Untuk mengetahui apakah umur, jenis kelamin, LOS, diagnosis sekunder, tingkat keparahan dan kelas perawatan merupakan faktor yang mempengaruhi biaya riil, maka dilakukan analisis korelasi.

Tabel 6. Hasil analisis korelasi bivariat, faktor yang mempengaruhi biaya riil pengobatan pasien dengan kode INA-CBGs G-4-14-I/II/III rawat inap pasien stroke non hemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015

Faktor	Karakter	Biaya Riil		
		<i>n</i>	Rata-rata	<i>P</i>
Umur	<55 Tahun	22	2.893.737 ± 1.563.365	0,121
	>55 Tahun	73	4.166.634 ± 3.127.450	
Total		95		
Jenis Kelamin	Laki-laki	43	3.007.395 ± 1.292.454	0,391
	Perempuan	52	4.104.070 ± 3.436.737	
Total		95		
LOS	<10 hari	50	2.507.256 ± 1.061.881	0,000
	≥10 hari	45	5.388.082 ± 3.474.368	
Total		95		
Diagnosis Sekunder	Tanpa Diagnosis Sekunder	37	3.105.403 ± 1.883.722	0,002
	1 Diagnosis Sekunder	42	3.649.400 ± 1.924.180	
	>1 Diagnosis Sekunder	16	6.228.238 ± 5.103.897	
Total		95		
Tingkat Keparahan	G-4-14-I	75	3.218.612 ± 1.896.422	0,002
	G-4-14-II	16	6.268.447 ± 4.701.493	
	G-4-14-III	4	6.533.872 ± 3.316.700	
Total		95		
Kelas Perawatan	1	27	5.050.405 ± 4.301.456	0,000
	2	10	5.228.372 ± 3.053.518	
	3	58	3.089.342 ± 1.489.996	
Total		95		

Tabel 6 menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi biaya riil adalah LOS, diagnosis sekunder, tingkat keparahan dan kelas perawatan, dimana nilai $p < 0,05$ yang artinya bahwa ada korelasi bermakna antara LOS, diagnosis sekunder, tingkat keparahan dan kelas perawatan terhadap biaya riil. Sedangkan faktor

Tabel 6 menyajikan hasil analisis korelasi bivariat untuk mengetahui umur, jenis kelamin, LOS, diagnosis sekunder, tingkat keparahan dan kelas perawatan merupakan faktor yang mempengaruhi biaya riil.

umur dan jenis kelamin memiliki nilai $p > 0,05$ yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan umur terhadap biaya riil.

KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah (1) Pola pengobatan pasien JKN rawat inap penyakit stroke non

hemoragik yang banyak digunakan yaitu citicoline sebesar 35,31% sebagai Neuroprotektor, clopidogrel sebesar 26,02% yang merupakan anti agregasi platelet, amlodipin sebesar 7,06% sebagai antihipertensi, simvastatin sebesar 5,20% sebagai antidislipidemia ; (2) Terdapat ketidaksesuaian antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada tingkat keparahan I kelas 3 didapatkan rata-rata selisih biaya sebesar Rp. 1.066.143,-, tingkat keparahan II kelas 3 rata-rata selisih biaya sebesar Rp. 766.848,-, dan tingkat keparahan III kelas 3 rata-rata selisih biaya sebesar Rp. 931.119,-, yang artinya diperoleh selisih positif, di mana biaya riil lebih rendah dibandingkan tarif INA-CBGs; (3) Adanya hubungan faktor diagnosis sekunder, kelas perawatan, tingkat keparahan dan LOS terhadap biaya riil pada pasien JKN rawat inap penyakit stroke non hemoragik dengan kode INA-CBG's G-4-14 di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro periode Januari-Juni 2015 yaitu banyaknya diagnosis sekunder mengakibatkan tingkat keparahan pasien semakin berat dengan kelas perawatan yang rendah menyebabkan LOS pasien juga semakin panjang yang dapat meningkatkan total biaya riil pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian J., Caplan L. 2013. *Stroke Essensial edisi kedua*. Jakarta: PT. Indeks Permata Puri Media.
- Alvarez-Sabin, J., dan Roman, G.J., 2011, *Citicoline in Vascular Cognitive Impairment and Vascular Dementia After Stroke*, American Heart Association.
- Alway, D., & Cole, J. W. (2012). *Esensial Stroke Untuk Layanan Primer*. penerjemah; Jonathan, Indra, editor. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Antonios N, Silliman S, 2005. Diabetes Melitus. Northeast Florida Medicine Spring. Diunduh dari www.DCMsonline.org. tanggal 2 April 2014
- Dipiro, J.T., et al. 2008. *Pharmacotherapy*. 7th Edition. New York: Appleton and Lange.
- Ikawati Z. 2011. *Farmakoterapi Penyakit Sistem Saraf Pusat*. Yogyakarta: Bursa Ilmu. hlm 145-169.
- Junaidi, Iskandar. 2004. *Panduan Praktis Pencegahan dan Pengobatan Stroke*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer.
- Kang, H.-Y., Lim, S.-J., Suh, H. S., & Liew, D. (2011). Estimating the lifetime economic burden of stroke according to the age of onset in South Korea: a cost of illness study. *BMC public health*, 11, 646. doi:10.1186/1471-2458-11-646.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M., Carnethon, M. R., et al. (2011). *Heart Disease And Stroke Statistics--2011 update: a report from the American Heart Association*. *Circulation*, 123(4).
- World Health Organization. (2011). *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention And Control*. Policies, Strategies and Interventions. Iraq.
- Yuniadi, Y. (2010). Intervensi Stroke. *Kardiologi Indonesia*, 31(31), 153-155.