

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Karakteristik Subyek Penelitian

Gambaran karakteristik subyek penelitian berdasarkan data yang diperoleh, terdapat 18 pasien dengan diagnosis hipertensi pada rawat inap kelas III Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Dari seluruh populasi yang didapatkan (18 kasus), 2 pasien diantaranya harus dieksklusi karena keluar atas permintaan sendiri dan meninggal sewaktu dirawat, sehingga diperoleh total pasien yang termasuk dalam kriteria inklusi adalah 16 pasien. Adapun karakteristik subyek penelitian pasien hipertensi kelas III berdasarkan distribusi usia, jenis kelamin dan lama rawat inap (*Lenght Of Stay*) dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Karakteristik subyek penelitian berdasarkan distribusi usia, jenis kelamin dan lama perawatan

Karakteristik Pasien	Jumlah (pasien)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	7	44
Perempuan	9	56
Total	16	100
Usia (Tahun)		
20- 45	2	13
45-65	9	56
> 65	5	31
Total	16	100

1. Distribusi Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pasien hipertensi yang menjalani rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama

periode Januari - Desember tahun 2014 lebih banyak diderita oleh perempuan sebanyak 56% daripada laki-laki 44%. Hasil ini tidak jauh berbeda dari yang dinyatakan oleh Badan Kesehatan Nasional Dan Penelitian Nutrisi bahwa hipertensi lebih mempengaruhi wanita dibanding pria. Arif Mansjoer juga sependapat bahwa pria dan wanita menopause memiliki pengaruh sama pada terjadinya hipertensi (Sugiarto, 2007). Hal ini terjadi karena wanita dipengaruhi oleh beberapa hormon estrogen. Perubahan hormonal pada wanita terutama ketika menopause menyebabkan kenaikan berat badan dan konsumsi natrium yang mengakibatkan wanita memiliki kecenderungan terkena hipertensi. Penggunaan terapi hormon pada wanita menopause dapat pula menyebabkan kenaikan tekanan darah (Pruthi, 2010).

2. Gambaran Distribusi Usia

Distribusi usia dikelompokkan menjadi 3 kelompok, yaitu rentang usia 20 sampai 45 tahun, rentang usia antara 45 sampai 65 tahun, dan lebih dari 65 tahun. Pengelompokan ini berdasarkan *The Seventh Report of the Joint National Commite On Prevention, Detection, Evaluation, and Treathment Of High Blood Pressure (JNC 7)* Tahun 2003. Hasil penelitian kategori usia rentang 20 sampai 45 tahun sebanyak 2 kasus, usia antara 45 sampai 65 tahun sebanyak 9 kasus, dan usia diatas 65 tahun sebanyak 5 kasus. Hal ini membuktikan bahwa semakin lanjut usia seseorang, resiko terserang hipertensi akan akan semakin besar. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aris Sugiarto, dimana untuk usia 56 -

65 tahun memiliki resiko 4,76 kali lebih besar terkena hipertensi bila dibandingkan dengan usia 25 - 35 tahun (Sugiarto, 2007).

Usia merupakan faktor resiko hipertensi yang tidak dapat dimodifikasi. Pernyataan Sugiarto (2007) juga diperkuat oleh penelitian Anderson bahwa dengan meningkatnya usia maka kadar renin plasma akan berkurang, sedangkan kadar norepinefrin, indeks masa tubuh, dan prevalensi hipertensi sekunder akan meningkat, sehingga dapat menyebabkan retensi natrium yang mengakibatkan terjadinya kenaikan tekanan darah (Anderson, 2009).

B. Gambaran Distribusi Lama Rawat Inap

Gambaran distribusi lama rawat inap atau *Length Of Stay* (LOS) dalam penelitian ini merupakan lamanya perawatan dalam suatu periode rawat inap dengan diagnosis utama hipertensi yang mendapat terapi nifedipin, captopril kombinasi amlodipin, flunarizin dan lain-lain pada saat pasien masuk untuk menjalani rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Lama rawat inap untuk pasien hipertensi semakin meningkat seiring dengan tingkat keparahan penyakit tersebut.

Average Length Of Stay (Av-LOS) merupakan jumlah rerata LOS yang diperoleh dari total lama rawat inap seluruh pasien dibagi dengan jumlah pasien disetiap tingkat keparahan. Variasi distribusi Av-LOS dalam penelitian ini dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan tingkat keparahan penyakit yaitu 4 hari pada tingkat keparahan ringan, 4,33 hari pada tingkat

keparahan sedang, dan 8 hari pada tingkat keparahan berat yang dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Hubungan tingkat keparahan terhadap Av-LOS Pasien Hipertensi Rawat Inap Kelas Perawatan III

Tingkat Keparahan	Av-LOS (<i>Average Length Of Stay</i>)	Sig.
I-4-17-I	4 hari	0,110
I-4-17-II	4,33 hari	
I-4-17-III	8 hari	

Pasien yang menjalani rawat inap dengan Av-LOS yang semakin lama disebabkan oleh semakin beratnya tingkat keparahan. Namun, hal ini berbeda pada uji korelasi bivariat untuk mengetahui hubungan tingkat keparahan dengan LOS secara statistik pada tabel 5.

Pada tabel 5 menunjukkan nilai signifikansi $> 0,05$ atau (sig. 0,110) yang berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat keparahan dengan LOS. Hal ini kemungkinan terjadi karena pada penderita hipertensi memiliki LOS yang tidak jauh berbeda pada masing-masing tingkat keparahan. Data yang tidak menyebar merata pada masing-masing tingkat keparahan karena terlalu sedikit kemungkinan berpengaruh terhadap hubungan yang tidak signifikan. Pada umumnya semakin berat tingkat keparahan maka LOS akan semakin lama. LOS yang semakin lama umumnya dipengaruhi oleh pelayanan yang kompleks untuk memperbaiki kondisi pasien sehingga waktu yang dibutuhkan akan semakin lama. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya dari Kurnia (2007) yang menyebutkan bahwa penderita hipertensi dengan tingkat keparahannya

yang semakin berat akan mengakibatkan lama rawat inap yang semakin lama.

C. Gambaran Diagnosis Sekunder

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa penderita hipertensi rawat inap kelas III tanpa diagnosis sekunder sebanyak dua kasus dari 16 kasus. Berikut ini tabel tingkat keparahan pasien berdasarkan diagnosis sekunder.

Tabel 6. Karakteristik Tingkat Keparahan Pasien Berdasarkan Distribusi Diagnosis Sekunder (Kororbid)

Tingkat Keparahan	0 Kororbid	1 Kororbid	2 Kororbid	3 Kororbid
I-4-17-I	2 pasien	8 pasien	1 pasien	1 pasien
I-4-17-II	0 pasien	2 pasien	1 pasien	0 pasien
I-4-17-III	0 pasien	0 pasien	1 pasien	0 pasien

Berdasarkan tabel 6, menunjukkan bahwa resiko terjadinya keparahan yang dapat dipengaruhi oleh faktor kororbid atau diagnosis sekunder. Kororbid atau diagnosis sekunder pada pasien hipertensi dengan tingkat keparahan ringan paling banyak didominasi oleh satu faktor kororbid, tingkat keparahan sedang didominasi satu kororbid, dan pada tingkat keparahan berat didominasi oleh dua faktor kororbid. Semakin banyak kororbid (diagnosis sekunder) maka dapat terjadi perubahan tingkat keparahan sehingga berpengaruh terhadap pengelompokan tarif dalam INA-CBGs.

Hal ini sesuai dengan pernyataan dalam Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang Juknis Sistem INA-CBGs bahwa hasil pengelompokan dalam aplikasi sistem INA CBGs dipengaruhi oleh

koding. Pada koding tersebut menggunakan ICD-10 untuk mengkode diagnosis utama dan komorbid atau diagnosis sekunder serta menggunakan ICD-9-CM untuk mengkode tindakan atau prosedur yang dilakukan. Tingkat keparahan akan berubah mengikuti seberapa besar komorbid atau diagnosis sekunder, sehingga semakin berat tingkat keparahan akan mempengaruhi tarif biaya INA-CBGs yang semakin besar (Permenkes, 2014).

Pada tabel 6 tingkat keparahan tidak selalu dipengaruhi oleh banyaknya komorbid atau diagnosis sekunder, namun dipengaruhi tindakan atau prosedur yang dilakukan untuk memperbaiki kondisi pasien yang ditimbulkan dari komorbid (diagnosis sekunder). Pada tingkat keparahan ringan, sedang dan berat sama-sama memiliki dua komorbid. Pada umumnya semakin berat tingkat keparahan maka komorbid semakin banyak. Komorbid pada tingkat keparahan ringan adalah stroke dan dispepsia, tingkat keparahan sedang adalah dispepsia dan *other form of stomatitis*, dan tingkat keparahan berat adalah stroke dan *cerebral infarction*. Pengkodean dengan dua diagnosis sekunder yang terdapat pada masing-masing tingkat keparahan kemungkinan karena tindakan untuk menangani komorbid (diagnosis sekunder) itu yang semakin besar sehingga dikategorikan semakin berat.

Berdasarkan tabel 6, faktor komorbid pada tingkat keparahan ringan yang lebih banyak dari pada tingkat keparahan berat, seperti *diabetic polyneuropaty*, *unspecified diabetes mellitus with compication*,

dan *unspecified diabetes mellitus without complication*. Sedangkan pada tingkat keparahan berat terdapat dua diagnosis sekunder yaitu stroke dan *cerebral infarction*. Stroke maupun *cerebral Infarction* merupakan penyakit dengan keadaan yang mirip.

Stroke merupakan kondisi karena hilangnya aliran darah ke otak sehingga menyebabkan hilangnya fungsi neurologis yang bersangkutan. *Cerebral infarction* merupakan keadaan yang tidak lepas dari kumpulan gejala stroke. Tingkat keparahan ringan dengan tiga diagnosis sekunder dan tingkat keparahan berat dengan dua diagnosis sekunder, keduanya sama-sama memiliki jenis diagnosis yang mirip. Perbedaan dari pengkodean tersebut kemungkinan karena prosedur atau tindakan yang dilakukan, mengakibatkan biaya tindakan stroke lebih besar dari pada *diabetes mellitus* sehingga sistem koding mengelompokkan pada tingkat keparahan berat.

Rumah sakit mungkin perlu menerapkan standarisasi dan evaluasi dalam pengkodean terhadap penentuan diagnosis sekunder agar sesuai dengan sistem pengkodean INA-CBGs. Tabel 7 menunjukkan hubungan diagnosis sekunder dengan LOS secara statistik.

Tabel 7. Hubungan diagnosis sekunder dengan LOS pasien hipertensi rawat inap kelas perawatan III

Kode Diagnostik	LOS	Jumlah Diagnosis Sekunder		Sig.
		< 2	≥ 2	
		N	N	
I10	4 hari	10	2	0,150
	4,33 hari	2	1	
	8 hari	0	1	

Berdasarkan tabel 7, menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara diagnosis sekunder dengan LOS secara statistik karena nilai signifikansi $> 0,05$ yaitu (sig. 0,150). Hal ini kemungkinan terjadi karena komorbid atau diagnosis sekunder sebagai penyakit penyerta penderita hipertensi terkadang tidak meningkatkan rawat inap. Pada umumnya, semakin banyak diagnosis sekunder pada penderita hipertensi akan mengakibatkan peningkatan LOS karena dibutuhkan penanganan lain selain dari diagnosis utama. Tabel 8, menunjukkan distribusi diagnosis sekunder pada pasien hipertensi rawat inap kelas perawatan III.

Tabel 8. Distribusi Diagnosis Sekunder (Komorbid) Pasien

Kode Komorbid	Nama Diagnosis	Jumlah Pasien	(%)
R04.0	<i>Epitaxis</i>	1	5
R42	<i>dizziness and giddiness</i>	4	21
I64	<i>stroke, not specified as hemorrhage or infarction</i>	2	11
K30	<i>dyspepsia</i>	2	11
G63.2	<i>Diabetic polyneuropaty (E10-E14 with common fourth character 4.)</i>	1	5
I63.9	<i>Cerebral infarction, unspecified</i>	1	5
E14.7	<i>Unspecified Diabetes mellitus with multiple complication</i>	1	5
E14.9	<i>Unspecified Diabetes mellitus without complication</i>	1	5
J44.9	<i>Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified</i>	1	5
R51	<i>headache</i>	1	5
M13.87	<i>Other specified arthritis</i>	1	5
K59.0	<i>Constipation</i>	1	5
H81.4	<i>Vertigo of central origin</i>	1	5
K12.1	<i>Other forms of stomatitis</i>	1	5
Total Pasien		18	100

Berdasarkan tabel 8, menunjukkan bahwa diagnosis sekunder *dizziness and giddiness* kemudian disusul stroke dan dispepsia, merupakan

faktor komorbid yang sering terjadi pada penderita hipertensi. *Dizziness and giddiness* atau vertigo merupakan gejala pusing, mulai dari gejala ringan hingga berat. Vertigo ditandai dengan rasa pusing seperti kepala berputar dan penglihatan terbalik. Vertigo disebabkan oleh kelainan di dalam telinga, di dalam saraf dan di dalam otaknya sendiri. Pasien hipertensi seringkali ditandai dengan mengalami pusing berat hingga vertigo. Hal ini karena tekanan darah yang tinggi diteruskan hingga pembuluh darah di otak, akibatnya fungsi telinga akan keseimbangan terganggu. Pada gangguan keseimbangan, sebagaimana organ lainnya, sistem vestibuler sangat sensitive terhadap perubahan konsentrasi oksigen dalam darah, oleh karena itu perubahan aliran darah yang mendadak dapat menyebabkan serangan vertigo (Soepardi, 2007).

D. Hubungan Tingkat keparahan dengan Biaya

Tingkat keparahan pada hipertensi dalam tarif INA-CBGs digolongkan menjadi tiga yaitu hipertensi dengan tingkat keparahan ringan, hipertensi dengan tingkat keparahan sedang dan hipertensi dengan tingkat keparahan berat. Pada tarif INA-CBGs program JKN, tarif hipertensi akan semakin besar seiring dengan tingkat keparahan yang semakin berat, karena penentuan tingkat keparahan dipengaruhi oleh komorbid atau diagnosis sekunder dan tindakan atau prosedur yang dilakukan. Tabel 9 menunjukkan hubungan tingkat keparahan terhadap biaya riil.

Tabel 9. Hubungan tingkat keparahan dengan biaya riil

Tingkat Keparahan	Rata-rata Biaya Riil (Rp)	Sig.
I-4-17-I	1.300.700	
I-4-17-II	1.669.500	0,117
I-4-17-III	3.466.700	

Berdasarkan tabel 9, biaya yang dikeluarkan semakin besar sebanding dengan tingkan keparahan yang semakin berat, sedangkan hubungan tingkat keparahan dengan biaya riil tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik dengan nilai signifikansi $> 0,05$ ($p = 0,117$). Hal ini kemungkinan terjadi karena biaya yang harus dibayarkan tidak jauh berbeda antar tingkat keparahan sehingga secara statistik tidak menunjukkan hubungan yang signifikan. Data yang sedikit dan tidak menyebar secara merata kemungkinan mempengaruhi hubungan yang tidak signifikan. Pada umumnya semakin berat tingkat keparahan maka biaya yang dikeluarkan akan semakin besar. Hal ini sesuai dengan Permenkes (2014) bahwa tingkat keparahan dipengaruhi oleh komorbid atau diagnosis sekunder dan tindakan atau prosedur sehingga mempengaruhi besarnya biaya INA-CBGs.

E. Komponen Biaya Rawat Inap

Hipertensi merupakan penyakit yang memerlukan pengobatan seumur hidup, sehingga diperlukan biaya yang tidak sedikit untuk mengobati penyakit tersebut. Analisis biaya dalam penelitian ini dari perspektif rumah sakit dengan menilai keseluruhan biaya medik langsung dan non-medik langsung pada pasien hipertensi kelas perawatan III periode tahun 2014. Semua komponen biaya dalam penelitian ini diperoleh dari catatan biaya yang direkap selama menjalani perawatan di rumah sakit yang meliputi biaya

medik langsung (biaya perawatan, biaya obat, biaya obat komplikasi, biaya obat lain, alat kesehatan, biaya UGD, biaya laboratorium, biaya radiologi, biaya oksigen, biaya USG, biaya EEG, biaya EKG, dan biaya kesehatan, biaya kamar) dan biaya non-medik langsung (biaya administrasi). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan total biaya pasien rawat inap dengan tarif biaya yang ditetapkan oleh INA-CBGs, biaya dihitung berdasarkan rata-rata biaya medik langsung dan non-medik langsung. Analisis kedua biaya tersebut diperoleh dari rincian biaya pembayaran (kuitansi) pasien yang diperoleh dari bagian keuangan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan tarif dari INA-CBGs dalam Permenkes RI Nomor 69 Tahun 2013. Biaya yang dianalisis meliputi biaya medik langsung (biaya perawatan, biaya obat, biaya obat komplikasi, biaya obat lain, biaya alat kesehatan, biaya UGD, biaya laboratorium, biaya radiologi, biaya oksigen, biaya USG, biaya EEG, biaya EKG, biaya kamar dan biaya kesehatan) dan biaya non-medik langsung meliputi biaya administrasi.

Biaya medik langsung adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien terkait dengan jasa pelayanan medik yang digunakan untuk mencegah atau mendeteksi suatu penyakit. Biaya ini meliputi biaya alat kesehatan, biaya pemeriksaan (laboratorium, radiologi, USG, EKG, EEG, biaya perawatan, biaya obat, biaya UGD, biaya visite dokter, biaya oksigen, dan biaya kamar).

Berdasarkan tabel 9, komponen biaya medik langsung dan non-medik langsung pada pasien hipertensi kelas III dengan tingkat keparahan ringan atau kode I-4-17-I diperoleh rata-rata total biaya Rp 1.300.00 ± 849.517

sedangkan tarif INA-CBGs Rp 3.502.018. Biaya terbesar yaitu pada biaya laboratorium dengan rata-rata biaya Rp 267.000 ± 181.357,44 dengan persentase sebesar 20,5% dari keseluruhan biaya total. Sedangkan biaya terendah dari total komponen biaya adalah pada perawatan EKG yaitu diperoleh rata-rata sebesar Rp 5.000 ± 11.677,48 dengan persentase 0,4% dari keseluruhan biaya total. Tabel 10 menunjukkan komponen biaya pada tingkat keparahan ringan.

Tabel 10. Komponen biaya pasien hipertensi rawat inap kelas III pada tingkat keparahan ringan

Komponen biaya	Rata-rata biaya ± Standar deviasi (Rp)	Total biaya (Rp)	(%)
Biaya Medik Langsung			
Alkes	41.100 ± 22.365,75	493.000	3,2
Obat Hipertensi	208.000 ± 146.693,02	2.496.100	16,0
Perawatan	18.700 ± 18.152,55	224.000	1,4
Laboratorium	267.000 ± 181.357,44	3.204.400	20,5
Radiologi	80.700 ± 37.679,35	968.000	6,2
UGD	97.200 ± 51.841,30	1.166.700	7,5
USG	17.000 ± 59.062,93	204.600	1,3
EKG	5.000 ± 11.677,48	60.000	0,4
EEG	20.200 ± 70.148,06	243.000	1,6
O ₂	25.000 ± 86.602,54	300.000	1,9
Visite Dokter	228.000 ± 85.080,18	2.730.000	17,5
Kamar	229.000 ± 77.484,11	2.750.000	17,6
Biaya Non Medik Langsung			
Administrasi	63.800 ± 1.372,54	765.300	4,9
TOTAL (12)	1.300.700 ± 849.517,26	15.605.100	100
Tarif INA-CBGs	3.502.018		

Biaya laboratorium berkontribusi besar dalam biaya terapi pasien hipertensi dengan keparahan ringan karena laboratorium merupakan biaya pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis pasien. meliputi biaya tes darah rutin, kolesterol, trigliserid, gula darah, fungsi

ginjal yang meliputi ureum dan kreatinin, pemberian antivirus anti HIV, dan lainnya. Selain untuk penegakan diagnosis utama dan memonitoring terapi yang diberikan, pemeriksaan ini juga dibutuhkan untuk mengetahui komorbiditas atau diagnosis sekunder yang diderita pasien. Hampir semua pasien yang menjadi subyek penelitian menjalani pemeriksaan laboratorium. Sedangkan EKG merupakan pemeriksaan penunjang medik yang berkontribusi paling kecil karena tidak semua pasien melakukan pemeriksaan EKG.

Biaya non-medik langsung merupakan biaya layanan penunjang yang disediakan oleh rumah sakit yang tidak terkait dengan terapi pasien. Biaya ini meliputi biaya administrasi.

Biaya administrasi merupakan biaya yang dikeluarkan pasien untuk membayar administrasi rumah sakit ketika pasien melakukan pendaftaran sebagai pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Biaya ini dikeluarkan dengan rata-rata sebanyak Rp 63.800 ± 1.372,54 dengan persentase sebesar 4,9% dari keseluruhan total biaya.

Selanjutnya dilakukan perhitungan rata-rata biaya pada komponen biaya medik langsung dan non-medik langsung pada pasien hipertensi rawat inap dengan tingkat keparahan sedang. Berdasarkan tabel 11, dapat diketahui bahwa rerata biaya medik langsung dan non medik langsung yang harus dibayarkan oleh pasien pada tingkat keparahan sedang untuk satu kali rawat inap sebesar Rp 1.669.500 ± 1.107.049,66 dengan tarif INA-CBGs Rp

4.747.470. Tabel 11 menunjukkan komponen pasien hipertensi rawat inap kelas perawatan III pada tingkat keparahan sedang.

Tabel 11. Komponen biaya pasien hipertensi rawat inap kelas perawatan III pada tingkat keparahan sedang

Komponen biaya	Rata-rata biaya ± Standar Deviasi (Rp)	Total Biaya (Rp)	(%)
Biaya Medik Langsung			
Alkes	55.200 ± 27.028,94	165.700	3,3
Obat Hipertensi	633.000 ± 758.341,02	1.899.800	37,9
Perawatan	71.000 ± 54.836,12	213.000	4,3
Laboratorium	136.000 ± 67.002,49	409.000	8,2
Radiologi	96.800 ± 0	290.400	5,8
UGD	120.000 ± 32.234,82	359.300	7,2
EKG	10.000 ± 17.320,51	30.000	0,6
Visite Dokter	233.000 ± 106.926,77	700.000	14,0
Kamar	250.000 ± 43.301,27	750.000	15,0
Biaya Non Medik Langsung			
Administrasi	64.500 ± 57,74	193.600	3,9
TOTAL (3)	1.669.500 ± 1.107.049,66	5.010.800	100
Tarif INA-CBGs	4.747.470		

Pada tabel 11, komponen biaya terbesar dari keseluruhan total biaya pada tingkat keparahan sedang adalah biaya obat hipertensi yaitu diperoleh rata-rata sebesar Rp 633.000 ± 758.341,02 dan mempengaruhi sebesar 37,9% dari total biaya. Sedangkan biaya terkecil adalah biaya EKG dengan rerata sebesar Rp 10.000 ± 17.320,51 dengan persentase 0,6% dari keseluruhan biaya.

Pada tingkat keparahan sedang, biaya obat adalah biaya yang harus dibayarkan pasien untuk mendapatkan terapi obat hipertensi pada kelas III. Biaya obat berkontribusi terbesar dari keseluruhan biaya. Hal ini karena setiap pasien yang mengalami perawatan mendapatkan terapi obat. Selain terapi obat untuk diagnosa utama, diagnosa sekunder atau penyakit penyerta

pasien juga membutuhkan pengobatan. Semakin berat dan banyak penyakit penyerta maka biaya yang dibutuhkan untuk menanggung obat semakin meningkat. Sedangkan untuk biaya yang berkontribusi kecil yaitu EKG, dimana pemeriksaan penunjang EKG hanya dilakukan oleh pasien dengan keadaan tertentu.

Biaya non-medik langsung merupakan biaya layanan penunjang yang disediakan oleh rumah sakit yang tidak terkait dengan terapi pasien. Biaya ini meliputi biaya administrasi.

Biaya administrasi merupakan biaya yang dikeluarkan pasien untuk membayar administrasi rumah sakit ketika pasien melakukan pendaftaran sebagai pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Biaya ini dikeluarkan dengan rata-rata sebanyak Rp 64.500 ± 57,74 dengan persentase sebesar 3,9% dari keseluruhan total biaya.

Tabel 12 menunjukkan komponen biaya pasien hipertensi rawat inap kelas perawatan III pada tingkat keparahan berat. Berdasarkan tabel 12 menunjukkan bahwa total biaya medik langsung dan non-medik langsung yang harus dibayarkan pada pasien dengan tingkat keparahan berat didapatkan rerata sebesar Rp 3.466.700 ± -. Komponen biaya yang memberikan kontribusi terbesar adalah biaya visite dokter yaitu sebesar Rp 840.000 ± - dan mempengaruhi sebesar 24,2% dari total biaya. Sedangkan biaya terkecil adalah biaya alat kesehatan dengan rerata sebesar Rp 39.800 ± - dengan persentase 1,2% dari keseluruhan biaya.

Tabel 12. Komponen biaya pasien hipertensi rawat inap kelas perawatan III pada tingkat keparahan berat

Komponen biaya	Rata-rata biaya ± Standar deviasi (Rp)	Total biaya (Rp)	(%)
Biaya Medik Langsung			
Alkes	39.800 ± -	39.800	1,1
Obat Hipertensi	528.000 ± -	528.000	15,2
Perawatan	441.000 ± -	441.000	12,7
Laboratorium	383.000 ± -	383.000	11,0
Radiologi	562.000 ± -	562.000	16,2
UGD	83.400 ± -	83.400	2,4
Visite Dokter	840.000 ± -	840.000	24,2
Kamar	525.000 ± -	525.000	15,1
Biaya Non Medik Langsung			
Administrasi	64.500 ± -	64.500	1,9
TOTAL (1)	3.466.700 ± -	3.466.700	100
Tarif INA-CBGs	5.761.905		

Biaya visite dokter berkontribusi terbesar pada tingkat keparahan berat karena dipengaruhi oleh lama rawat inap pasien, diagnosis sekunder, dan spesialisik dokter itu sendiri. Biaya visite dokter merupakan biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien hipertensi setiap kali dokter melakukan kunjungan ke ruang tempat pasien dirawat, biaya visite dokter pada kelas perawatan berbeda-beda semakin tinggi kelas perawatan maka biaya untuk visite dokter semakin mahal.

Biaya non-medik langsung merupakan biaya layanan penunjang yang disediakan oleh rumah sakit yang tidak terkait dengan terapi pasien. Biaya ini meliputi biaya administrasi.

Biaya administrasi merupakan biaya yang dikeluarkan pasien untuk membayar administrasi rumah sakit ketika pasien melakukan pendaftaran sebagai pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Biaya ini dikeluarkan dengan rata-rata sebanyak Rp 64.500 ± - dengan persentase 1,9% pada tingkat keparahan dari total keseluruhan biaya yang dikeluarkan. Komponen biaya medik langsung dan non-medik langsung dijelaskan sebagai berikut :

- a. Biaya alat kesehatan (Alkes) yaitu biaya untuk alat-alat penunjang terapi pasien hipertensi selama masa perawatan yang meliputi *sputum terumo, blood lancet, urin bag, infusion set, disposable syringe, medisafe lancet, accu ceck lancet, jarum, kasa steril masker, dan handscoon.*
- b. Biaya obat adalah biaya yang harus dibayarkan oleh pasien untuk mendapatkan terapi obat hipertensi pada kelas III. Obat hipertensi yang digunakan pada penelitian ini yaitu nifedipin, kombinasi captopril dan amlodipin, dan lain-lain.
- c. Biaya visite dokter adalah biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien hipertensi setiap kali dokter melakukan kunjungan ke ruang tempat pasien dirawat, biaya visite dokter pada kelas perawatan berbeda-beda semakin tinggi kelas perawatan maka biaya untuk visite dokter semakin mahal. Biaya visite dokter merupakan terbesar yang berkontribusi pada keseluruhan total biaya yang dikeluarkan pasien.
- d. Biaya pemeriksaan

Biaya pemeriksaan adalah biaya yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnose pasien dan memonitoring keberhasilan terapi. Biaya pemeriksaan meliputi biaya laboratorium, biaya radiologi, biaya USG, EEG, EKG.

1) Biaya laboratorium

Biaya laboratorium meliputi biaya tes darah rutin, kolesterol, trigliserid, gula darah, fungsi ginjal yang meliputi ureum dan creatinin, pemberian antivirus anti HIV, dan lainnya. Hampir semua pasien yang menjadi subyek penelitian menjalani pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium memegang kontribusi terbesar dalam biaya pemeriksaan pada tingkat keparahan ringan, sedangkan pada tingkat keparahan sedang berkontribusi pada urutan ke-4.

2) Biaya radiologi

Biaya yang termasuk pada kategori ini adalah biaya rontgen, thorax dewasa *S-CR*, *CT Scan*, pasien yang menjalani pemeriksaan radiologi sebanyak 14 pasien dari 16 pasien. Pemeriksaan radiologi ini memegang kontribusi pada urutan enam.

3) Biaya EKG

Biaya EKG adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk menjalani pemeriksaan EKG selama dirawat, sebanyak 3 pasien dari 16 pasien yang melakukan EKG. Pemeriksaan EKG berkontribusi pada urutan terendah dari keseluruhan biaya total tingkat keparahan ringan maupun sedang karena hanya dilakukan pada pasien dengan kasus tertentu.

4) Biaya EEG

Biaya EEG adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk menjalani pemeriksaan EEG selama dirawat, sebanyak 1 pasien dari 16

pasien yang melakukan EEG. Pemeriksaan EEG berkontribusi paling sedikit dari total biaya, karena hanya 1 kasus yang menjalani pemeriksaan EEG dengan kasus tertentu.

5) Biaya USG

Biaya yang dikeluarkan oleh pasien yang untuk menjalani pemeriksaan USG selama rawat inap, sebanyak 2 pasien dari 16 pasien menjalani perawatan untuk USG. Pemeriksaan USG ini memegang kontribusi lebih rendah dari dengan persentase biaya perawatan dan terendah dari yang lainnya.

e. Biaya perawatan

Biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk menjalani perawatan oleh perawat selama rawat inap. Biaya perawatan kontribusinya urutan ke-2 terendah dari keseluruhan biaya tingkat keparahan ringan dan ke-3 terendah pada keparahan sedang.

- 1) Biaya O₂ adalah Biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien untuk menjalani perawatan O₂ pada waktu rawat inap, sebanyak 3 pasien dari 16 pasien yang menjalani perawatan O₂.
- 2) Biaya Kamar merupakan biaya yang dikeluarkan pasien untuk biaya kamar sewaktu di rumah sakit. Biaya kamar tergantung pada kelas perawatan pasien dan lama rawat inap dimana semakin lama perawatan maka biaya lama rawat inap semakin besar.

f. Biaya administrasi merupakan biaya yang dikeluarkan pasien untuk membayar administrasi rumah sakit ketika pasien melakukan

pendaftaran sebagai pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

F. Analisis Biaya Berdasarkan INA-CBGs

Biaya pengobatan hipertensi kelas III yang ditetapkan dalam INA-CBGs terdapat 3 kriteria menurut tingkat keparahannya yang meliputi, hipertensi ringan, hipertensi sedang, dan hipertensi berat. Berdasarkan kode dalam Permenkes Nomor 69 Tahun 2013 yaitu menggunakan kode I-4-17-I, I-4-17-II, I-4-17-III, dimana pada kode tersebut, digit ke-1 merupakan *Casemix Main Group (CMG)*, digit ke-2 merupakan tipe kasus, digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus, dan digit ke-4 merupakan angka romawi yang menunjukkan *severity level*.

Penelitian ini dilakukan rekapitulasi data klaim INA-CBGs dan biaya riil pada pasien hipertensi rawat inap kelas III yang direkap dari total biaya medik langsung dan non medik langsung sewaktu rawat inap. Biaya total pada waktu rawat inap ini akan dibandingkan dengan tarif yang sudah ditetapkan dalam Permenkes Nomor 69 tahun 2013. Tarif INA-CBGs untuk hipertensi dengan tingkat keparahan ringan ditetapkan sebesar Rp 3.502.018, tingkat keparahan sedang Rp 4.747.470, dan tingkat keparahan berat Rp 5.761.904. Sedangkan untuk total biaya riil dari rumah sakit berbeda-beda jumlahnya tergantung lama perawatan dan bentuk pelayanannya.

Tabel 12 menunjukkan nilai normalitas distribusi data biaya riil dan tarif INA-CBGs pasien hipertensi rawat inap kelas III di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Tabel 13. Uji Normalitas tingkat keparahan ringan dan sedang
 Uji Normalitas (*Shapiro-Wilk*) Nilai Signifikansi (*p*)

Uji Normalitas (<i>Shapiro-Wilk</i>)	Nilai Signifikansi (<i>p</i>)
Biaya Riil I-4-17-I	0,433
Biaya Riil I-4-17-II	0,577

Uji normalitas dalam penelitian ini digunakan *Shapiro-Wilk* karena subyek penelitian kurang dari 50. Dari hasil analisis uji normalitas data biaya riil dan Tarif INA-CBGs didapatkan bahwa uji normalitas menunjukkan angka nilai signifikansi atau $p > 0,05$ atau p adalah 0,433 pada tingkat keparahan ringan. Hal ini menunjukkan nilai H_0 diterima atau data tersebut terdistribusi normal.

Selanjutnya, pada uji normalitas ditingkat keparahan sedang menunjukkan bahwa nilai atau signifikasinya $p > 0,05$ yaitu 0,577 yang berarti data terdistribusi normal, sehingga data bisa dilanjutkan untuk di analisis dengan *One Sample t Test*. Sedangkan untuk data dengan tingkat keparahan berat tidak dapat dilakukan analisis statistik karena data sampel tidak memenuhi kriteria untuk dilakukan uji normalitas maupun analisis statistik.

Setelah dilakukan analisis uji normalitas, selanjutnya dilakukan analisis statistik menggunakan *One Sample t Test* untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan yang bermakna antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs.

Tabel 13 adalah hasil analisis statistik menggunakan *One Sample t Test* pada hipertensi dengan tingkat keparahan ringan untuk nilai signifikansi perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs.

Tabel 14. Uji Statistik *One Sample t Test* pada tingkat keparahan ringan dan sedang

Uji Statistik <i>One Sample t Test</i>	Signifikansi atau nilai p
Biaya Riil I-4-17-I	0,000
Biaya Riil I-4-17-II	0,056

Dari tabel diatas dapat kita ketahui bahwa analisis statistik menggunakan *One Sample t Test* memperoleh nilai signifikansi $< 0,05$ yaitu 0,000. Hal ini berarti terdapat perbedaan secara bermakna antara data biaya riil terhadap tarif INA-CBGs pada hipertensi rawat inap dengan tingkat keparahan ringan.

Selanjutnya dilakukan analisis statistik pada hipertensi dengan tingkat keparahan sedang, karena telah diperoleh uji normalitas dengan signifikansi di atas 0,05 yang menunjukkan bahwa data terdistribusi normal untuk dilakukan analisis statistik menggunakan *One Sample t Test*.

Dari tabel 13, hasil analisis statistik *One Sample t Test* diketahui bahwa nilai signifikansi tingkat keparahan sedang menunjukkan $p > 0,05$ yaitu 0,056. Hal ini berarti bahwa pada hipertensi rawat inap dengan tingkat keparahan sedang tidak terdapat perbedaan secara bermakna antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs yang ditetapkan dalam Permenkes Nomor 69 Tahun 2013. Sedangkan pada tingkat keparahan berat tidak dilakukan uji analisis perbandingan biaya riil dengan tarif INA-CBGs karena sampel hanya satu pasien sehingga tidak dapat dilakukan analisis. Perbedaan yang signifikan terjadi pada tingkat keparahan ringan, namun pada tingkat keparahan sedang tidak berbeda signifikan. Hal ini karena besarnya biaya riil pada pasien

hipertensi dipengaruhi beragam faktor komorbid atau diagnosis sekunder sehingga biaya untuk menanggulangi komorbid atau diagnosis sekunder tersebut dibutuhkan biaya yang cenderung besar dari total biaya pengobatan. Selain itu, dapat disebabkan beragamnya pelayanan dan tindakan pemeriksaan penunjang medik terhadap pasien pada episode perawatan pada tingkat keparahan sedang. Hal ini menyebabkan biaya cenderung membesar.

Berdasarkan biaya total pada penelitian ini, perhitungan selisih biaya terapi rata-rata pada pasien yang terdiagnosis hipertensi kelas III dapat diketahui dari tabel 14. Tabel 14 menggambarkan selisih antara biaya riil dengan tarif dalam INA-CBGs.

Tabel 15. Selisih antara biaya riil dengan dengan total tarif INA-CBGs periode Januari sampai Desember 2014

Kode INA-CBGs	Jumlah Pasien	Total biaya riil (Rp)	Total tarif INA-CBGs (Rp)	Selisih (-/+) (Rp)
I-4-17-I	12	15.575.100	42.024.216	+26.449.116
I-4-17-II	3	5.010.800	14.242.410	+9.231.610
I-4-17-III	1	3.079.200	5.761.904	+2.682.704

Selisih biaya pasien hipertensi, dari keseluruhan tingkat keparahan hipertensi ringan, sedang, dan berat menunjukkan hasil selisih yang positif yang berarti tarif standar yang ditetapkan oleh INA-CBGs lebih besar daripada biaya riil yang harus dibayarkan oleh rumah sakit sehingga tidak ada tanggungan biaya untuk rumah sakit. Diantara ketiga tingkat keparahan, tingkat keparahan ringan selisih biayanya adalah Rp 26.449.116, selisih biaya pada tingkat keparahan sedang adalah Rp 9.231.610, dan selisih biaya pada tingkat keparahan berat adalah Rp 2.682.704, sehingga selisih biaya terbesar

yang didapatkan oleh rumah sakit adalah pada biaya pelayanan kesehatan untuk hipertensi tingkat keparahan ringan dan selisih biaya yang paling sedikit didapatkan oleh rumah sakit adalah pada hipertensi dengan tingkat keparahan berat.

Hal ini dikarenakan pada hipertensi dengan tingkat keparahan ringan kemungkinan tidak membutuhkan banyak pelayanan yang kompleks, tindakan dengan prosedur besar oleh pihak rumah sakit, dan lama rawat inap yang cukup singkat, sehingga biaya yang harus ditanggung oleh rumah sakit lebih sedikit dari standar tarif biaya yang ditetapkan dalam INA-CBGs atau sebanyak 69% biaya yang tersisa untuk rumah sakit setelah pelayanan hipertensi ringan.

Sedangkan pada hipertensi dengan tingkat keparahan berat membutuhkan berbagai pelayanan yang lebih kompleks dengan disertai diagnosis sekunder yang cukup banyak dan lama rawat inap yang semakin panjang sehingga akan memperbesar biaya yang harus ditanggung oleh pihak rumah sakit. Semakin lama rawat inap maka biaya yang harus ditanggung akan semakin besar, namun selisih biaya pada tingkat keparahan berat masih positif atau menguntungkan pihak rumah sakit walaupun sedikit dari tarif biaya yang ditetapkan dalam INA-CBGs atau sebanyak 7% dapat diperoleh pihak rumah sakit setelah prosedur pelayanan hipertensi berat.