

ANALISIS BIAYA RIIL PENGOBATAN PASIEN HIPERTENSI RAWAT INAP TERHADAP TARIF INA-CBG's DI RSNU JOMBANG

REAL COST ANALYSIS OF HYPERTENSION TREATMENT OF INSPIRED PATIENTS ON INA-CBG's RATES AT RSNU JOMBANG

Istiqomah¹, Ika Purwidyaningrum², Titik Sunarni^{2*}

¹*Mahasiswa Program studi Magister Ilmu Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi Jl. Letjen Sutoyo, Jebres, Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia, 57127*

²*Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi, Jl. Letjen Sutoyo, Jebres, Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia, 57127*

**Email Corresponding: titiksunarni@yahoo.co.id*

Submitted: 14 September 2022 Revised: 10 October 2022 Accepted: 24 October 2022

ABSTRAK

Di Indonesia jumlah penduduk yang menderita hipertensi sekitar 260 juta jiwa. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola pengobatan pada penyakit hipertensi, biaya rerata pengobatan, faktor yang mempengaruhi biaya pengobatan pasien hipertensi rawat inap, serta kesesuaian biaya riil dengan biaya paket INA-CBGs pada pasien JKN. Penelitian ini termasuk dalam *cross sectional*, data diambil secara retrospektif dengan subyek penelitian adalah pasien hipertensi rawat inap tanpa komorbid dan pasien hipertensi dengan komorbid gagal ginjal dan diabetes melitus, data yang diperoleh diolah dan dianalisis menggunakan *software* SPSS dengan *one sampel t test*. Hasil penelitian ini menunjukkan pola pengobatan hipertensi di RSNU Jombang paling banyak adalah Candesartan untuk terapi tunggal, jika kombinasi umumnya menggunakan obat golongan CCB dan ARB. Faktor yang mempengaruhi biaya riil pasien hipertensi rawat inap pada tahun 2017 adalah komorbid, LOS, dan tingkat keparahan. Sedangkan pada tahun 2018 tidak ada faktor yang mempengaruhi biaya riil. Perbedaan biaya riil dengan tarif biaya INA-CBGs pada tahun 2017 dan 2018 menunjukkan perbedaan signifikan yang positif, hal ini berarti rumah sakit mampu melakukan efisiensi biaya pengobatan pasien hipertensi rawat inap. Penelitian lebih lanjut diharapkan dapat dilakukan dengan mengambil subyek penelitian yang lebih banyak sehingga dapat dilihat *outcome* terapi yang diperoleh pasien.

Kata kunci : hipertensi, komorbid, biaya riil, INA-CBG's

ABSTRACT

In Indonesia, the number of people suffering from hypertension is around 260 million people. This study aims to determine the pattern of treatment for hypertension, the average cost of treatment, the factors that affect the treatment costs of inpatient hypertension patients, and the suitability of real costs with the cost of the INA-CBGs package for JKN patients. This study was included in a cross-sectional study. The data were taken retrospectively with the research subjects being hospitalized hypertensive patients without comorbidities and hypertensive patients with comorbid renal failure and diabetes mellitus. The data obtained were processed and analyzed using SPSS software with one sample t test. The results of this study indicate that the pattern of treatment for hypertension at RSNU

Jombang is mostly Candesartan for single therapy, if the combination generally uses CCB and ARB drugs. Factors that affect the real cost of hospitalized hypertensive patients in 2017 are comorbidities, LOS, and severity. Meanwhile, in 2018 there were no factors that affected real costs. The difference in real costs with INA-CBGs cost rates in 2017 and 2018 shows a positive significant difference, this means that the hospital is able to make treatment costs efficient for inpatient hypertension patients. It is hoped that further research can be carried out by taking more research subjects so that the patient's therapeutic outcomes can be seen.

Keywords: *hypertension, comorbid, real cost, INA-CBG's*

PENDAHULUAN

Salah satu penyakit kronis yang menyebabkan 4,5% beban penyakit secara global adalah Hipertensi, penyakit ini memiliki prevalensi yang sama besar dinegara berkembang dan negara maju. Resiko utama dari penyakit hipertensi adalah gangguan jantung dan beresiko menyebabkan gagal ginjal dan penyakit cerebrovascular (Depkes, 2006; Oktadiana dkk., 2019). Menurut data WHO tahun 2021, diperkirakan 1,28 miliar jiwa orang dewasa menderita hipertensi (Jeemon et al., 2021; Laurensia dkk., 2022). Di Indonesia jumlah penduduk yang menderita hipertensi sekitar 260 juta jiwa (Kemenkes RI, 2018; Laurensia dkk., 2022).

Pembiayaan pelayanan kesehatan berkaitan dari beberapa faktor seperti biaya obat, lama dirawat, penggunaan *intensive care unit* (ICU), dan lokasi rumah sakit (RS) (Puspandari dkk., 2015). Tingkat keparahan dan kelas perawatan berkaitan erat dengan biaya pelayanan kesehatan serta biaya penyakit katastropik yang mencapai 32% (Ambarriani, 2014). Tarif kelas perawatan yang diberikan pada pasien berdasarkan *activity based costing* juga akan meningkat sesuai dengan tinggi kelas yang dipilih, secara keseluruhan akan meningkatkan biaya pengobatan, rerata pasien memilih kelas 3 yang bisa ditemukan bahwa ruang perawatan kelas 3 di Indonesia lebih banyak dibandingkan dengan ruang perawatan lain (Kula, 2013; Putra dkk., 2014; Yuniarti dkk., 2015; Oktadiana dkk., 2019).

Program jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia merupakan bentuk perbaikan dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan mutu pelayanan dan biaya kesehatan (Kemenkes RI, 2013). Badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) merupakan badan hukum penyelenggara program JKN. Sistem pelayanan program BPJS di RS menggunakan sistem *indonesia case based groups* (INA-CBG's) yang berpedoman pada klaim BPJS Kesehatan atas layanan berdasar pada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (Kemenkes RI, 2014; Oktadiana dkk., 2019).

Pemberlakuan INA-CBG's pada pembiayaan RS ini perlu dilakukan analisis mengenai biaya pengobatan penderita hipertensi yang rawat inap, karena membutuhkan perencanaan pengobatan agar dapat melakukan efisiensi pada biaya pengobatan. Tetapi pada penerapannya didapatkan ketidaksesuaian analisis biaya pada pengobatan berdasarkan INA-CBG's, rerata biaya medis untuk terapi hipertensi lebih kecil dari pada pembiayaan kesehatan berdasarkan Permenkes No 69 tahun 2013 (Rahajeng dkk., 2014; Oktadiana dkk., 2019). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui biaya *riil* pengobatan hipertensi pada pasien di RS Nahdatul Ulama (RSNU) Jombang, serta mengidentifikasi faktor yang berpengaruh pada besarnya biaya pengobatan dan mengetahui kesesuaian biaya pengobatan berdasarkan INA-CBG's.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk dalam *cross sectional*, metode retrospektif dilakukan dalam proses pengambilan data dengan menelusuri data rekam medis pada pasien, berkas klaim pasien pada JKN, dan biaya pengobatan pasien hipertensi yang rawat inap. Sampel penelitian ini meliputi pasien JKN tahun 2017-2018 yang telah dinyatakan pulang oleh dokter, pasien hipertensi baik laki-laki maupun perempuan dengan stage II, pasien hipertensi dengan komorbid diabetes mellitus, gagal ginjal dan stroke.

Alat dan Bahan

Alat yang digunakan dalam penelitian ini meliputi lembar pengambilan data (LPD) berupa data demografi pasien, lembar biaya keuangan pasien, aplikasi SPSS versi 22. Sedangkan bahan yang digunakan adalah catatan medik pada pasien serta rincian biaya yang dikeluarkan oleh pasien.

Prosedur Penelitian

1. Persiapan penelitian

Permohonan ijin yang ditujukan kepada bagian Diklat (Pendidikan dan pelatihan) RSNU Jombang, Kesbangpol (Kesatuan Bangsa dan Politik), BP3D (Badan Perencanaan Penelitian dan Pengembangan Daerah) kemudian dilakukan pengumpulan data dari bagian rekam medik.

2. Pelaksanaan penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan dalam bentuk kegiatan:

- a. Pengumpulan data rekam medik, yang bertujuan untuk mendapatkan data *medical record* (RM) dan berkas klaim pelayanan rawap inap berupa lembar individual pasien (LIP) meliputi usia, jenis kelamin, lama perawatan, kelas perawatan, tingkat keparahan, jumlah komorbid di RSNU Jombang dengan kode INA-CBG's 1-4-17-I, 1-4-17-II, 1-4-17-III tarif kelas 1, 2 dan 3.
- b. Pengumpulan data penggunaan obat pasien hipertensi rawat inap di Instalasi Farmasi RSNU Jombang.
- c. Pengumpulan data biaya pasien hipertensi rawat inap dari data keuangan di RSNU Jombang.

3. Pengolahan dan analisis data

Pengolahan dan analisis data dilakukan pada data rekam medis pasien serta biaya pengobatan pasien (rerata biaya pengobatan pasien rawat inap hipertensi selama di RSNU Jombang) menggunakan *software* SPSS.

Analisis Data

Analisis kesesuaian biaya *riil* dengan tarif INA-CBG's dilakukan dengan *one sample t test* menggunakan program SPSS, untuk membandingkan antara rerata biaya pengobatan pada pasien JKN rawat inap pasien hipertensi di RSNU Jombang dengan tarif INA-CBG's tahun 2017-2018.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan analisis biaya pengobatan pada pasien hipertensi rawat inap di RSNU Jombang pada tahun 2017-2018, sebanyak 62 pasien didapat pada tahun 2017, sedangkan pada tahun 2018 didapatkan sebanyak 74 pasien yang memenuhi sampel pada penelitian yang dilakukan. Dari [Tabel I](#), menjelaskan bahwa dengan bertambahnya usia maka akan meningkatkan degenerasi pada pasien usia lanjut seperti penurunan fisiologi seperti fungsi tubulus, kemampuan filtrasi, sistem kardiovaskuler dan aliran darah ginjal yang menyebabkan kenaikan pada tekanan darah ([Dipiro et al., 2008](#)). Bertambahnya usia dapat mengurangi elastisitas pembuluh darah yang cenderung menyempit sehingga tekanan darah akan meningkat ([Rahajeng dan Tumiah, 2014](#)).

Tabel I. Karakteristik pasien hipertensi

Variasi kelompok	Tahun 2017	Tahun 2018
Usia		
<30-40 tahun	3	3
41-50 tahun	7	12
51-60 tahun	16	23
61-70 tahun	18	14
>70 tahun	18	22
Jenis kelamin		
Laki-laki	28	21
Perempuan	34	53
Distribusi komorbid pasien		
Hipertensi tanpa komorbid/Stage II	57	66
Diabetes mellitus tipe II tanpa komplikasi	5	5
Gagal ginjal	-	3
Lama perawatan		
1-4 hari	44	63
5-8 hari	16	11
>8 hari	2	-

Perempuan lebih beresiko terkena penyakit hipertensi dibandingkan laki-laki, hal ini dikarenakan sistem hormonal perempuan tidak stabil, misalnya saat haid, hamil dan melahirkan. Selain itu faktor hormonal ini yang dapat menyebabkan peningkatan lemak dalam tubuh yang beresiko obesitas, yang merupakan salah satu pemicu hipertensi (Mubin, 2010; Agrina, 2011). Pada penelitian ini menunjukkan bahwa komorbid yang paling sering dijumpai pada pasien hipertensi rawat inap adalah diabetes mellitus, dapat dilihat pada Tabel I.

Lama perawatan atau *length of stay* (LOS) sangat mempengaruhi biaya riil pengobatan pada pasien hipertensi rawat inap, karena semakin lama waktu LOS, maka semakin banyak tindakan medis yang diberikan kepada pasien, sehingga semakin banyak obat yang dibutuhkan untuk menanggulangi penyakit. Pada penelitian ini didapatkan lama perawatannya antara 1-4 hari, dikarenakan pasien di RSNU Jombang kebanyakan pasien hipertensi tanpa komorbid.

Berdasarkan Tabel II, diketahui pasien dengan kelas perawatan tingkat keparahan I lebih banyak daripada pasien dengankelas perawatan tingkat keparahan II dan III, hal ini dikarenakan pada tingkat keparahan ringan merupakan tahap awal terjadinya hipertensi, yang mulai mempengaruhi kualitas hidup pada pasien hipertensi, pada tahap ini pasien sudah mulai mencari pengobatan dikarenakan mulai sering merasakan pusing dan sakit kepala (Dharmerizer, 2012).

Tabel II. Distribusi tingkat keparahan pasien hipertensi

Kelas perawatan	Tingkat keparahan (%)			Total pasien
	1-4-17-I	1-4-17-II	1-4-17-III	
Tahun 2017				
Kelas 1	10 (16,13)	0 (0)	1 (1,61)	11
Kelas 2	12 (19,35)	3 (4,83)	0 (0)	15
Kelas 3	32 (51,62)	2 (3,22)	2 (3,22)	36
Total	54 (87,11)	5 (8,06)	3 (4,83)	62 (100%)
Tahun 2018				
Kelas 1	14 (18,92)	1 (1,35)	1 (1,35)	16
Kelas 2	15 (20,27)	1 (1,35)	1 (1,35)	17
Kelas 3	40 (54,05)	0 (0)	1 (1,35)	41
Total	69 (93,25)	2 (2,70)	3 (4,05)	74 (100%)

Keterangan:

1-4-17-I/II/III merupakan petunjuk tingkat keparahan hipertensi.

Berdasarkan [Tabel III](#), penelusuran data rekam medis pada pasien hipertensi di RSNU Jombang terdapat beberapa jenis golongan obat yang diberikan. Penggunaan obat yang paling banyak diberikan kepada pasien adalah candesartan (obat golongan ARB), obat ini dipilih karena dapat mengurangi terjadinya komplikasi atau komorbid dengan diabetes mellitus ([Whalen and Stewart, 2008](#)). Pengobatan pada pasien hipertensi rawat inap di RSNU Jombang pada tahun 2017 dan 2018 paling banyak digunakan adalah terapi tunggal, pemilihan obat ini bergantung pada tekanan darah awal dan tidak adanya komplikasi pada pasien hipertensi, sebagai lini pertama dalam pengobatan hipertensi diberikan obat tunggal dengan dosis yang rendah atau kombinasi dengan dosis yang rendah.

Tabel III. Pola penggunaan golongan obat pada pasien hipertensi

Golongan obat	Macam obat	Jumlah kasus (%)	
		Tahun 2017 (62)	Tahun 2018 (74)
<i>Angiotensin II receptor blocker (ARB)</i>	Candesartan	16 (25,80)	20 (24,09)
	Valsartan	4 (6,45)	6 (7,14)
	Irbesartan	2 (3,22)	2 (2,40)
<i>Channel Blocker (CCB)</i>	Amlodipin	10 (16,12)	20 (24,09)
	Nifedipin	5 (8,06)	2 (2,40)
	Nicardipin	4 (6,45)	5 (6,02)
Diuretik	HCT	4 (6,45)	4 (4,81)
	Furosemide	4 (6,45)	6 (6,02)
	Spirolactone	2 (3,22)	3 (3,61)
<i>β-blocker (BB)</i>	Bisoprolol	2 (3,22)	2 (2,40)
<i>Angiotensin-Converting Enzyme inhibitor (ACEi)</i>	Captopril	7 (11,29)	11 (13,25)
	Lisinopril	2 (3,22)	3 (3,61)

Pasien hipertensi pada rawat inap dengan pola pengobatan terapi pemberian 2 kombinasi obat yang paling banyak diberikan adalah kombinasi antara obat golongan ARB dan CCB, kombinasi antara CCB dan ARB merupakan kombinasi yang efektif pada monoterapi dengan tujuan untuk mengurangi tekanan darah, hal ini disebabkan karena efek samping akibat penggunaan obat golongan CCB yaitu edema perifer bisa diatasi oleh obat golongan ARB melalui efek vasodilatasi pada vena dan arterial secara bersamaan. Sehingga kombinasi kedua golongan obat ini tepat diberikan untuk mengurangi kematian infark miokard, stroke dan kardiovaskular ([Gradman et al., 2010](#)).

Sedangkan hasil penelitian pada pasien hipertensi rawat inap dengan pola pengobatan terapi pemberian 3 kombinasi obat yang paling banyak diberikan adalah kombinasi antara obat golongan ACEi+BB+Diuretik, kombinasi terapi ini diberikan pada pasien dengan tekanan darah yang sangat tinggi, sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Pemberian terapi obat golongan BB pada kombinasi tersebut merupakan terapi yang tepat untuk memodifikasi komorbid pada penyakit gagal jantung. Sedangkan pemberian terapi dengan obat golongan ACEi dan diuretik merupakan pemberian terapi kombinasi yang telah banyak diberikan dan terbukti dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas ([Dipiro et al., 2008](#)).

Tabel IV. Pola penggunaan obat tunggal maupun kombinasi pada pasien hipertensi

Terapi	Golongan	Jumlah kasus
Tunggal	ARB	22
	CCB	19
	Diuretik	10
	BB	2
2 kombinasi	Diuretik + ARB	5
	ARB + CCB	10
3 kombinasi	ARB + BB + Diuretik	1
2018		
Tunggal	ARB	25
	CCB	28
	Diuretik	13
	BB	5
	ACEi	7
2 kombinasi	ARB + CCB	10
	ARB + Diuretik	2
	ACEi + CCB	4
3 kombinasi	ARB + BB + Diuretik	1
	ACEi + BB + Diuretik	2

Penelitian ini juga dilakukan analisis biaya pada pasien penyakit hipertensi berdasarkan perspektif yang ada di rumah sakit, analisis ini dilakukan pada komponen dan besar biaya pasien penyakit hipertensi. Biaya terapi ditinjau dari biaya medis secara langsung, yang meliputi biaya tindakan medis, biaya obat, biaya rawat inap, biaya IGD, biaya penunjang dan alat kesehatan (alkes), biaya oksigen serta biaya lainnya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi biaya *rill* dari pengobatan pada pasien hipertensi meliputi umur, jenis kelamin, LOS, komorbid, dan tingkat keparahan. Hubungan antar faktor pengaruh biaya *rill* pasien hipertensi rawat inap menggunakan analisis bivariat. Faktor yang mempengaruhi biaya *rill* pada tahun 2017 adalah LOS, komorbid dan tingkat keparahan, sedangkan pada tahun 2018 tidak ada faktor yang berpengaruh pada biaya *rill* dikarenakan semua faktor memiliki nilai signifikan diatas 0,05 ($p > 0,05$).

Tabel V. Hasil uji korelasi terhadap biaya *rill* pada pengobatan pasien hipertensi

Faktor	P	
	Tahun 2017	Tahun 2018
Umur	0,738	0,794
Jenis kelamin	0,422	0,053
Komorbid	0,000	-
LOS	0,018	0,142
Tingkat keparahan	0,000	0,134

Faktor pertama yang berpengaruh adalah LOS, semakin lama waktu LOS, maka semakin banyak tindakan medis yang diberikan kepada pasien, sehingga semakin banyak obat yang dibutuhkan untuk menanggulangi penyakit, sehingga meningkatkan biaya obat, biaya akomodasi dan biaya penunjang yang akan berpengaruh pada keseluruhan biaya *rill*. Faktor kedua adalah penyakit penyerta/komorbid yang dapat mempengaruhi besarnya biaya pengobatan seperti infeksi saluran kemih, karena semakin banyak penyakit penyerta yang dialami oleh pasien maka akan memperlambat kesembuhan pasien dan memperlama LOS pasien (Thomas et al., 2016). Faktor ketiga adalah tingkat keparahan, semakin tinggi tingkat keparahan yang dialami oleh pasien maka membutuhkan penanggulangan perawatan yang cukup lama, sehingga pasien semakin banyak mendapatkan perawatan baik dari segi pemeriksaan penunjang, biaya obat, biaya tindakan medis, dan biaya rawat inap pasien.

Tabel VI. Selisih total biaya *rill* dengan tarif INA-CBG's pada tingkat keparahan I/II/III kelas perawatan 1, 2 dan 3

Kelas perawatan	n	Total biaya <i>rill</i> (Rp)	Total tarif INA-CBG's (Rp)	Selisih (Rp)
Tahun 2017				
Tingkat keparahan I				
Kelas 3	32	48.815.877	53.462.400	4.646.523
Kelas 2	12	18.512.022	24.057.600	5.545.578
Kelas 1	10	17.306.421	23.389.000	6.082.579
Tingkat keparahan II				
Kelas 3	2	2.836.940	3.890.000	1.053.060
Kelas 2	3	4.345.606	7.002.000	2.656.394
Tingkat keparahan III				
Kelas 3	2	3.681.578	4.668.000	986.422
Kelas 1	1	1.717.073	3.267.600	1.550.527
Tahun 2018				
Tingkat keparahan I				
Kelas 3	40	54.869.446	66.828.000	11.958.554
Kelas 2	15	24.996.813	30.072.000	5.075.187
Kelas 1	14	24.439.911	32.744.600	8.304.689
Tingkat keparahan II				
Kelas 2	1	1.407.910	2.334.000	926.090
Kelas 1	1	1.429.030	2.723.000	1.293.970
Tingkat keparahan III				
Kelas 3	1	1.758.408	2.334.000	575.592
Kelas 2	1	1.923.170	2.800.800	877.630
Kelas 1	1	1.717.073	3.267.600	1.550.527

Semakin tinggi kelas perawatan maka selisih antara total biaya *rill* dengan tarif INA-CBG's semakin besar. Adapun selisih yang diperoleh pada setiap tingkat keparahan bernilai positif, dimana tarif INA-CBG's lebih besar dari biaya *rill*. Hal ini dapat disebabkan oleh kesesuaian tindakan medis dengan standar prosedur sehingga berdampak efisien dan efektif bagi pasien dan rumah sakit, selisih yang ada ini menjadi profit keuntungan bagi rumah sakit karena telah berhasil melakukan efisiensi, selisih klaim tersebut digunakan untuk subsidi silang bagi pasien yang membutuhkan biaya diatas tarif INA-CBG's yang telah ditentukan dan sebagai pemasukan bagi rumah sakit jika tarif biaya *rill* tidak melebihi biaya tarif INA-CBG's sehingga rumah sakit tidak perlu membayar sejumlah besaran klaim kepada BPJS.

Tabel VII. Perbandingan total biaya *rill* dengan tariff INA-CBG's pada tingkat keparahan I/II/III kelas perawatan 1, 2 dan 3

Kelas perawatan	Kategori	Rerata (Rp)	Min (Rp)	Max (Rp)	Selisih (Rp)	p
Tahun 2017						
Tingkat keparahan I						
Kelas 3	Biaya <i>rill</i>	1.525.496,16	1.007.755	2.072.631	233.103,84	0,000
	Biaya INA-CBG's	1.758.600	1.670.700	1.670.700		
Kelas 2	Biaya <i>rill</i>	1.542.668,50	1.165.046	1.951.548	567.631,50	0,000
	Biaya INA-CBG's	2.110.300	2.004.800	2.004.800		
Kelas 1	Biaya <i>rill</i>	1.730.642,10	1.453.090	1.951.548	731.357,90	0,000
	Biaya INA-CBG's	2.462.000	2.338.900	2.338.900		

Tingkat keparahan II						
Kelas 3	Biaya rill	1.418.470	1.407.910	1.429.030		
	Biaya INA-CBG's	2.047.300	1.945.000	1.945.000	628.830	0,005
Kelas 2	Biaya rill	1.448.535,33	1.023.104	1.776.546		
	Biaya INA-CBG's	2.456.800	2.334.000	2.334.000	1.008.264	0,023
Tingkat keparahan III						
Kelas 3	Biaya rill	1.840.789	1.758.408	1.923.170		
	Biaya INA-CBG's	2.456.800	2.334.000	2.334.000	616.011	0,028
Kelas 1	Biaya rill	1.717.073	1.717.073	1.717.073		
	Biaya INA-CBG's	3.439.500	3.267.600	3.267.600	1.722.427	-
Tahun 2018						
Tingkat keparahan I						
Kelas 3	Biaya rill	1.371.736,15	741.343	1.742.032		
	Biaya INA-CBG's	1.758.600	1.670.700	1.670.700	386.864	0,000
Kelas 2	Biaya rill	1.666.454,20	1.407.910	1.951.548		
	Biaya INA-CBG's	2.110.300	2.004.800	2.004.800	443,846	0,000
Kelas 1	Biaya rill	1.745.707,93	1.158.872	2.820.544		
	Biaya INA-CBG's	2.462.000	2.338.900	2.338.900	716.292,07	0,000
Tingkat keparahan II						
Kelas 2	Biaya rill	1.407.910	1.407.910	1.407.910		
	Biaya INA-CBG's	2.047.300	2.334.000	2.334.000	639.390	-
Kelas 1	Biaya rill	1.429.030	1.429.030	1.429.030		
	Biaya INA-CBG's	2.886.200	2.732.000	2.732.000	1.437.170	-
Tingkat keparahan III						
Kelas 3	Biaya rill	1.758.408	1.758.408	1.758.408		
	Biaya INA-CBG's	2.456.800	2.334.000	2.334.000	698.392	-
Kelas 2	Biaya rill	1.923.170	1.923.170	1.923.170		
	Biaya INA-CBG's	2.948.200	2.800.800	2.800.800	1.025.030	-
Kelas 1	Biaya rill	1.717.073	1.717.073	1.717.073		
	Biaya INA-CBG's	3.439.500	2.267.600	2.267.600	1.722.427	-

Rerata biaya *riil* dan tarif paket biaya INA-CBG's yang memiliki perbedaan signifikan ditunjukkan dengan nilai $p < 0,05$, pada tahun 2017 didapat bahwa semua tingkat keparahan dan kelas perawatan terdapat perbedaan, kecuali untuk tingkat keparahan III kelas 1 tidak

menunjukkan hasil yang signifikan. Sedangkan pada tahun 2018, rerata biaya *riil* dan tarif paket biaya INA-CBG's tersebut menunjukkan bahwa memiliki perbedaan yang signifikan pada tingkat keparahan I di semua kelas perawatan, sedangkan untuk tingkat keparahan II dan III semua kelas perawatan tidak menunjukkan signifikan, tidak munculnya signifikan perbandingan rerata biaya *riil* dan tingkat keparahan pada berbagai kelas dikarenakan rerata variabelnya konstan dan tidak dapat dihitung sehingga tidak menunjukkan nilai yang signifikan.

Rerata biaya *riil* pengobatan pasien hipertensi menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara biaya *riil* dengan tarif paket biaya INA-CBG's. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti penyakit penyerta, tingkat keparahan, dan LOS, karena semakin tinggi tingkat keparahan yang dialami oleh pasien maka semakin banyak penyakit penyerta yang ditimbulkan, sehingga LOS akan semakin lama. Selain itu adanya perbedaan rerata biaya *riil* dengan tarif paket biaya INA-CBG's dipengaruhi oleh obat-obatan yang digunakan selama pasien dirawat di rumah sakit. Semakin lama pasien dirawat di rumah sakit, maka kebutuhan obat yang diperlukan akan semakin meningkat. Meningkatnya tarif obat yang diberikan kepada pasien juga dipengaruhi oleh umur pasien, karena dengan perbedaan umur pasien maka dosis obat yang diberikan juga akan berbeda, hal ini akan mempengaruhi besaran total tarif biaya yang dikeluarkan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/ Menkes/068/I/2010 tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, maka tarif paket biaya INA-CBG's untuk pelayanan obat di fasilitas kesehatan pemerintah diwajibkan menggunakan obat generik.

Pada penelitian yang dilakukan Nilansari, dkk (2021), menjelaskan bahwa pengobatan pasien hipertensi rawat inap pada oktober 2016 sampai juli 2017 yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati menunjukkan bahwa total tarif *riil* rumah sakit lebih besar dibandingkan dengan klaim INA-CBG's, hal ini disebabkan karena adanya kesalahan dalam melakukan kode dan tidak adanya *clinical pathway* yang ada di rumah sakit. Kelebihan dari penelitian ini didapatkan hasil yang diperoleh dapat mengetahui faktor yang mempengaruhi biaya *riil* pada pengobatan hipertensi rawat inap dan bernilai positif, akan tetapi kelemahan dari penelitian ini ada beberapa pengeluaran biaya pengobatan yang hasilnya tidak diketahui nilai signifikansinya, dikarenakan biaya *riil* antar kelas sama.

KESIMPULAN

Pola penggunaan obat pada pasien hipertensi rawat inap di RSNU Jombang yang paling banyak digunakan adalah candesartan yang merupakan lini pertama dari hipertensi, untuk kombinasi yang digunakan adalah obat golongan CCB dan ARB. Faktor yang mempengaruhi biaya *riil* pasien hipertensi rawat inap pada tahun 2017 adalah komorbid, LOS dan tingkat keparahan, sedangkan pada tahun 2018 tidak ada faktor yang mempengaruhi biaya *riil*. Perbedaan biaya *riil* dengan tarif biaya INA-CBG's pada tahun 2017 dan 2018 ini berbeda signifikan yang positif, biaya *riil* lebih rendah dibandingkan dengan biaya INA-CBG's, artinya rumah sakit mampu melakukan efisiensi biaya pengobatan pasien hipertensi rawat inap. Penelitian lebih lanjut diharapkan dapat dilakukan dengan mengambil subyek penelitian yang lebih banyak dan data secara prospektif untuk melihat rasionalitas pengobatan kepada pasien sehingga dapat dilihat *outcome* terapi yang diperoleh pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Agrina, 2011, Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi dalam Pemenuhan Diet Hipertensi di Kelurahan Sidomulyo Barat Tampan Kota Pekanbaru., *Jurnal: Keperawatan Universitas Riau*. 6(1): 46-53.
- Ambarriani, A. S., 2014, Hospital Financial Performance In the Indonesian National Health Insurance Era. *Review of Integrative Business and Economics Research*. 4(1):121-133.
- Depkes, RI., 2006, Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis. Jakarta: Depkes RI.

- Dharmeizar. (2012). "Hipertensi" dalam *Medicinus*. Vol 25.
- DiPiro, J. T., Talbert, R. L., Yee, G. C., Matzke, G. R., Wells, B. G., Posey, L. M., & Pharmacotherapy 3rd, A. (2008). A pathophysiologic approach. *Pharmacotherapy*. Nova York, 7: 385-400
- Faizah, N. R., 2019, Kesesuaian Biaya Riil Terhadap Tarif INA-CBG's Pada Pasien Jkn Pneumonia Komuniti Pediatrik Rawat Inap Kelas 3 di RSUD Dr. Moewardi. *Jurnal Kesehatan Tujuh Belas*, 1(1).
- Gradman, A. H., Basile, J. N., Carter, B. L., Bakris, G. L., & American Society of Hypertension Writing Group, 2010, Combination therapy in hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension*, 4(2): 90-98.
- Jeemon, P., Séverin, T., Amodeo, C., Balabanova, D., Campbell, N. R., Gaita, D., ... & Prabhakaran, D., 2021, World heart federation roadmap for hypertension—a 2021 update, *Global Heart*. 16(1).
- Kemenkes RI, 2018, Laporan Nasional Riskesdas 2018, Balitbang Kemenkes RI.
- Kemenkes RI, 2013, Hasil Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemenkes RI, 2013, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kula, J. I., 2013, Metode penetapan biaya rawat inap pada BLU RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal EMBA: Jurnal Riset Ekonomi, Manajemen, Bisnis dan Akuntansi*, 1(3).
- Laurensia, L., Destra, E., Saint, H. O., Syihab, M. A. Q., & Ernawati, E., 2022, Program Intervensi Pencegahan Peningkatan Kasus Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Sindang Jaya, *E-Amal: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*. 2(2): 1227-1232.
- Mubin, M. F., 2010, Karakteristik dan pengetahuan pasien dengan motivasi melakukan kontrol tekanan darah di Wilayah Kerja Puskesmas Sragi I Pekalongan. Skripsi. Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang. *Jurnal keperawatan*. 2(1).
- Nilansari, A. F., Yasin, N. M., dan Puspendari, D. A., 2021, Analisis Tarif INA-CBGs Pasien Hipertensi Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*. 10(1): 22-29.
- Oktadiana, I., Oetari, Amdayani, 2019, Kesesuaian Biaya Riil Terhadap Tarif INA-CBGs Pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali Tahun 2017, *Jurnal Farmasi Indonesia*. 16(2).
- Puspendari, D. A., Mukti, A. G., dan Kusnanto, H., 2015, Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Biaya Obat Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit di Indonesia, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 4(3): 24-35.
- Putra, P. R. S., & Indar, J. N., 2014, Ability to Pay dan Catastrophic Payment pada Peserta Pembayar Mandiri BPJS Kesehatan Kota Makassar, *Jurnal Kesehatan*. 4(3), 283-290.
- Rahajeng, E., & Tuminah, S. (2009). Prevalensi hipertensi dan determinannya di Indonesia, *Majalah Kedokteran Indonesia*. 59(12): 580-587.
- Thomas, G., Xie, D., Chen, H. Y., Anderson, A. H., Appel, L. J., Bodana, S., ... & Rahman, M., 2016, Prevalence and prognostic significance of apparent treatment resistant hypertension in chronic kidney disease: report from the chronic renal insufficiency cohort study, *Hypertension*. 67(2): 387-396.
- Yuniarti, E., & Amalia, H. T., 2015, Analisis Biaya Terapi Penyakit Diabetes Melitus Pasien JKN di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Perbandingan terhadap Tarif INA CBG'S, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 4(3): 43-56.
- Whalen, K., & Stewart, R. D., 2008, Pharmacologic management of hypertension in patients with diabetes, *American family physician*. 78(11): 1277-1282.