

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 BPJS Kesehatan**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial. Peserta BPJS ialah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (*Undang-Undang No. 24 Tahun 2011*, n.d.). Berdasarkan Website BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan mulai resmi beroperasi pada 1 Januari 2014. Dasar pendirian beroperasinya BPJS Kesehatan adalah pada tahun 2004 pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) pun bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan.

BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip (*Undang-Undang No. 24 Tahun 2011*, n.d.):

- a. kegotongroyongan
- b. nirlaba
- c. keterbukaan
- d. kehati-hatian
- e. akuntabilitas
- f. portabilitas
- g. kepesertaan bersifat wajib
- h. dana amanat dan
- i. hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta.

Mengacu kepada Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, fungsi dan tugas BPJS Kesehatan sebagai berikut:

a) Fungsi:

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional bahwa Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

b) Tugas:

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

### **2.1.2 Tarif Rumah Sakit**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Tarif rumah sakit adalah imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas jasa dari kegiatan pelayanan maupun non pelayanan yang diberikan kepada pengguna jasa (Kementrian Kesehatan, 2015). Jasa pelayanan adalah imbalan atas jasa yang diberikan oleh (PERWALI Kota Kediri, 2017):

- a. Tenaga medis
- b. Tenaga keperawatan
- c. Tenaga non keperawatan atau pelaksana teknis lainnya
- d. Kepada pasien dalam rangka observasi
- e. Diagnosis
- f. Pengobatan
- g. Visite
- h. Rehabilitasi
- i. Pembacaan Radiologi
- j. Kesimpulan laboratorium
- k. Asuhan keperawatan
- l. Administrasi dan pelayanan lainnya

RSUD Gambiran Kota Kediri dikelola oleh Pemerintah Daerah. Tarif Rumah Sakit yang dikelola oleh Pemerintah Daerah yang telah menerapkan pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah ditetapkan oleh pemerintahan daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tarif Rumah Sakit yang dimiliki atau dikelola oleh Pemerintah Daerah yang belum menerapkan pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah ditetapkan dengan peraturan daerah yang mengatur mengenai retribusi daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Kementrian Kesehatan, 2015).

### 2.1.3 Tarif INA-CBG's

BPJS Kesehatan diberi kewenangan untuk menyelenggarakan suatu jaminan kesehatan yang adil dan merata untuk seluruh masyarakat Indonesia. BPJS Kesehatan juga diberi kewenangan untuk menentukan besaran iuran yang harus dibayar oleh peserta BPJS Kesehatan baik mandiri ataupun tenaga kerja, serta menentukan besarnya pembayaran sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah. Standar tarif pelayanan kesehatan yang digunakan oleh BPJS Kesehatan adalah salah satu bentuk metode pembayaran prospektif (Amalia, 2020). Metode pembayaran prospektif adalah pembayaran yang dilakukan berdasarkan atas layanan kesehatan dengan kisaran besaran biaya yang telah diketahui sebelum layanan kesehatan tersebut diberikan (Ananta, 2017b). Diantara model pembayaran prospektif yang digunakan dalam program BPJS Kesehatan salah satunya ialah *case based payment* atau juga dikenal dengan Casemix yang sudah diterapkan sejak tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) (Amalia, 2020).

Model pembayaran prospektif yang digunakan dalam program BPJS Kesehatan ialah sistem paket INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups). Tarif Indonesian - Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus (Kementrian Kesehatan, 2016). Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Penghitungan tarif INA-CBG berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi, yang didapatkan dari rumah sakit terpilih yang

menjadi representasi rumah sakit. Sedangkan data koding diperoleh dari data klaim (Kementrian Kesehatan, 2016).

A. Data Costing:

1. Pengelompokan tarif INA-CBG dilakukan berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran Hospital Base Rate (HBR) yang didapatkan dari perhitungan total biaya dari sejumlah rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan Mean Base Rate. Berikut adalah 6 (enam) kelompok tarif INA-CBG tahun 2016 yaitu (Kementrian Kesehatan, 2016) :
  - a. tarif Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) Dr. Cipto Mangunkusumo;
  - b. tarif Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, tarif Rumah Sakit Kanker Dharmais, tarif Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita;
  - c. tarif rumah sakit pemerintah dan swasta kelas A;
  - d. tarif rumah sakit pemerintah dan swasta kelas B;
  - e. tarif rumah sakit pemerintah dan swasta kelas C;
  - f. tarif rumah sakit pemerintah dan swasta kelas D
2. Tarif INA- CBG terdiri dari 5 regional yaitu :
  - a. tarif regional 1 meliputi Provinsi Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Timur;
  - b. tarif regional 2 meliputi Provinsi Sumatra Barat, Riau, Sumatra Selatan, Lampung, Bali, dan Nusa Tenggara Barat;
  - c. tarif regional 3 meliputi Provinsi Nangro Aceh Darussalam, Sumatra Utara, Jambi, Bengkulu, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan dan Gorontalo;
  - d. tarif regional 4 meliputi Provinsi Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara dan Kalimantan Tengah; dan
  - e. tarif regional 5 meliputi Provinsi Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.

3. Pada tarif INA-CBG terdapat pembayaran tambahan (top up payment) untuk beberapa pelayanan tertentu yang disebut Special Casemix Main Groups (CMG), terdiri dari :
  - a. special drugs;
  - b. special procedure;
  - c. special prostheses;
  - d. special investigation;
  - e. sub acute cases; dan
  - f. chronic cases

Special CMG atau special group pada tarif INA-CBG saat ini dibuat untuk mengurangi resiko keuangan rumah sakit. Top up pada special CMG diberikan untuk beberapa obat, alat, prosedur, pemeriksaan penunjang serta beberapa kasus penyakit subakut dan kronis. Besaran nilai pada tarif special CMG tidak dimaksudkan untuk mengganti biaya yang keluar dari alat, bahan atau kegiatan yang diberikan kepada pasien, namun merupakan tambahan terhadap tarif dasarnya (Kementrian Kesehatan, 2016)

4. Pada tarif rawat inap terdiri dari tarif rawat inap kelas 1, tarif rawat inap kelas 2, dan tarif rawat inap kelas 3.

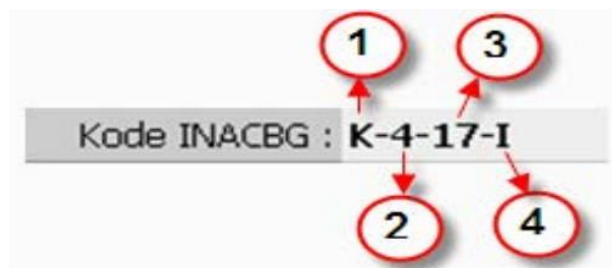
## B. Data Koding INA-CBG

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (International Classification of Diseases Revision Clinical Modification). Koding dalam INA-CBG menggunakan ICD-10 revisi Tahun 2010 untuk mengkode diagnosis utama dan diagnosis sekunder serta menggunakan ICD-9- CM revisi Tahun 2010 untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkode INA-CBG berasal dari resume medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur, apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis. Ketepatan koding diagnosis dan tindakan/prosedur

sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG (Kementrian Kesehatan, 2016).

Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut. Jika terdapat lebih dari satu diagnosis, maka dipilih yang menggunakan sumber daya paling banyak. Jika tidak terdapat diagnosis yang dapat ditegakkan pada akhir episode perawatan, maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak normal atau masalah lainnya dipilih menjadi diagnosis utama. Diagnosis Sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi. Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk rawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan setelah masuk maupun selama rawat. Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien (Kementrian Kesehatan, 2016).

Dasar pengelompokan dalam INA-CBG menggunakan sistem kodifikasi. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut (Kementrian Kesehatan, 2016) :



**Gambar 2.1 Struktur Kode INA-CBG**

Keterangan :

1. Digit ke-1 (alfabetik) : menggambarkan kode CMG (Casemix Main Groups)
2. Digit ke-2 (numerik) : menggambarkan tipe kelompok kasus (Case Groups)
3. Digit ke-3 (numerik) : menggambarkan spesifikasi kelompok kasus
4. Digit ke-4 (romawi): menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus

Struktur Kode INA-CBG terdiri atas :

1. Case-Mix Main Groups (CMG) Adalah klasifikasi tahap pertama yang dilabelkan dengan huruf Alphabet (A sampai Z) yang di sesuaikan dengan ICD 10 untuk setiap sistem organ tubuh manusia. Terdapat 29 CMG dalam INA-CBG yaitu :

**Gambar 2.2 Casemix Main Groups (CMG)**

<b>NO</b>	<b>Deskripsi Kode CMG</b>	<b>Kode CMG</b>
1	<i>Central nervous system Groups</i>	G
2	<i>Eye and Adnexa Groups</i>	H
3	<i>Ear, nose, mouth &amp; throat Groups</i>	U
4	<i>Respiratory system Groups</i>	J
5	<i>Cardiovascular system Groups</i>	I
6	<i>Digestive system Groups</i>	K
7	<i>Hepatobiliary &amp; pancreatic system Groups</i>	B
8	<i>Musculoskeletal system &amp; connective tissue Groups</i>	M
9	<i>Skin, subcutaneous tissue &amp; breast Groups</i>	L
10	<i>Endocrine system, nutrition &amp; metabolism Groups</i>	E
11	<i>Nephro-urinary System Groups</i>	N
12	<i>Male reproductive System Groups</i>	V
13	<i>Female reproductive system Groups</i>	W
14	<i>Deleiveries Groups</i>	O
15	<i>Newborns &amp; Neonates Groups</i>	P
16	<i>Haemopoeitic &amp; immune system Groups</i>	D



<b>NO</b>	<b>Deskripsi Kode CMG</b>	<b>Kode CMG</b>
17	<i>Myeloproliferative system &amp; neoplasms Groups</i>	C
18	<i>Infectious &amp; parasitic diseases Groups</i>	A
19	<i>Mental Health and Behavioral Groups</i>	F
20	<i>Substance abuse &amp; dependence Groups</i>	T
21	<i>Injuries, poisonings &amp; toxic effects of drugs Groups</i>	S
22	<i>Factors influencing health status &amp; other contacts with health services Groups</i>	Z
23	<i>Sub-Acute Groups</i>	SF
24	<i>Special Procedures</i>	YY
25	<i>Special Drugs</i>	DD
26	<i>Special Investigations</i>	II
27	<i>Special Prosthesis</i>	RR
28	<i>Chronic Groups</i>	CF
29	<i>Errors CMGs</i>	X

2. Case Group Adalah sub-group kedua yang menunjukkan spesifikasi atau tipe kelompok kasus, yang dilabelkan dengan angka 1 (satu) sampai dengan 9 (sembilan).

**Gambar 2.3 Group tipe kasus dalam INA-CBG**

<b>GRUP</b>	<b>TIPE KASUS</b>
1	Prosedur Rawat Inap
2	Prosedur Besar Rawat Jalan
3	Prosedur Signifikan Rawat Jalan
4	Rawat Inap Bukan Prosedur
5	Rawat Jalan Bukan Prosedur
6	Rawat Inap Kebidanan
7	Rawat Jalan kebidanan
8	Rawat Inap Neonatal
9	Rawat Jalan Neonatal
0	Error

3. Case Type Adalah sub-group ketiga yang menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.

4. Adalah sub-group keempat yang menggambarkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi :
- a. “0” - untuk rawat jalan
  - b. “I” - Ringan” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
  - c. “II” - Sedang” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)
  - d. “III” - Berat” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan major komplikasi dan komorbiditi)

Istilah ringan, sedang dan berat dalam deskripsi dari Kode INA-CBG bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun diagnosis atau prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (severity level) yang dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (komplikasi dan ko-morbiditi).

**Gambar 2.4 Contoh kode INA-CBG**

<b>Tipe Layanan</b>	<b>Kode INA-CBG</b>	<b>Deskripsi Kode INA-CBG</b>
Rawat Inap	I – 4 – 10 – I	Infark Miocard Akut (Ringan)
	I – 4 – 10 – II	Infark Miocard Akut (Sedang)
	I – 4 – 10 – III	Infark Miocard Akut (Berat)
Rawat Jalan	Q – 5 – 18 – 0	Konsultasi atau pemeriksaan lain-lain
	Q – 5 – 35 – 0	Infeksi Akut

Untuk mendapatkan hasil grouper yang benar berupa kode INA-CBG diperlukan kerjasama yang baik antara dokter dan koder. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat. Dalam proses pembentukan tarif INA-CBG dilakukan pengumpulan data keuangan secara agregat sehingga analisa kecukupan tarif juga harus menggunakan data agregat, tidak bisa lagi melihat kasus per kasus yang rugi atau untung, yang perlu dilihat adalah secara agregat

pendapatan rumah sakit, hal ini dikarenakan dalam tarif INA-CBG yang terdiri dari 1.075 group tarif berlaku sistem subsidi silang antar group yang ada (Kementrian Kesehatan, 2016).

Tarif INA-CBG gagal jantung kongestif di RSUD Gambiran Kota Kediri diatur didalam Permenkes No. 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. RSUD Gambiran Kota Kediri merupakan rumah sakit tipe B dengan regional 1 yaitu berada di wilayah Jawa Timur. Berikut Tarif INA-CBG rawat inap kasus gagal jantung kongestif menurut Permenkes No. 3 tahun 2023:

**Tabel 2.1 Tarif INA-CBG Gagal Jantung Kongestif**

No.	Kode INA-CBG	Deskripsi Kode INA-CBG	Tarif Kelas 3	Tarif Kelas 2	Tarif Kelas 1
1.	I-4-12-I	Kegagalan jantung (ringan)	3.654.300	4.257.200	4.860.200
2.	I-4-12-II	Kegagalan jantung (sedang)	4.236.300	4.935.200	5.634.200
3.	I-4-12-III	Kegagalan jantung (berat)	5.664.100	6.598.700	7.533.200

#### **2.1.4 Gagal Jantung Kongestif**

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga dan dengan basisnya di atas dan puncaknya di bawah. Agar jantung dapat berfungsi sebagai pompa yang efisien, otot-otot jantung di bagian atas dan bawah akan berkontraksi secara bergantian (Rachma, 2014). Jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh. Apabila jantung mengalami gangguan maka peredaran darah dalam tubuh akan terganggu. Oleh karena itu sangatlah penting untuk menjaga kesehatan jantung agar terhindar dari berbagai jenis penyakit jantung. Berbagai gangguan penyakit jantung yang mengganggu kemampuan jantung untuk memompa darah menyebabkan gagal jantung (Rachma, 2014). Gagal jantung adalah sindroma klinik yang ditandai oleh adanya kelainan pada struktur atau fungsi jantung yang mengakibatkan jantung tidak dapat

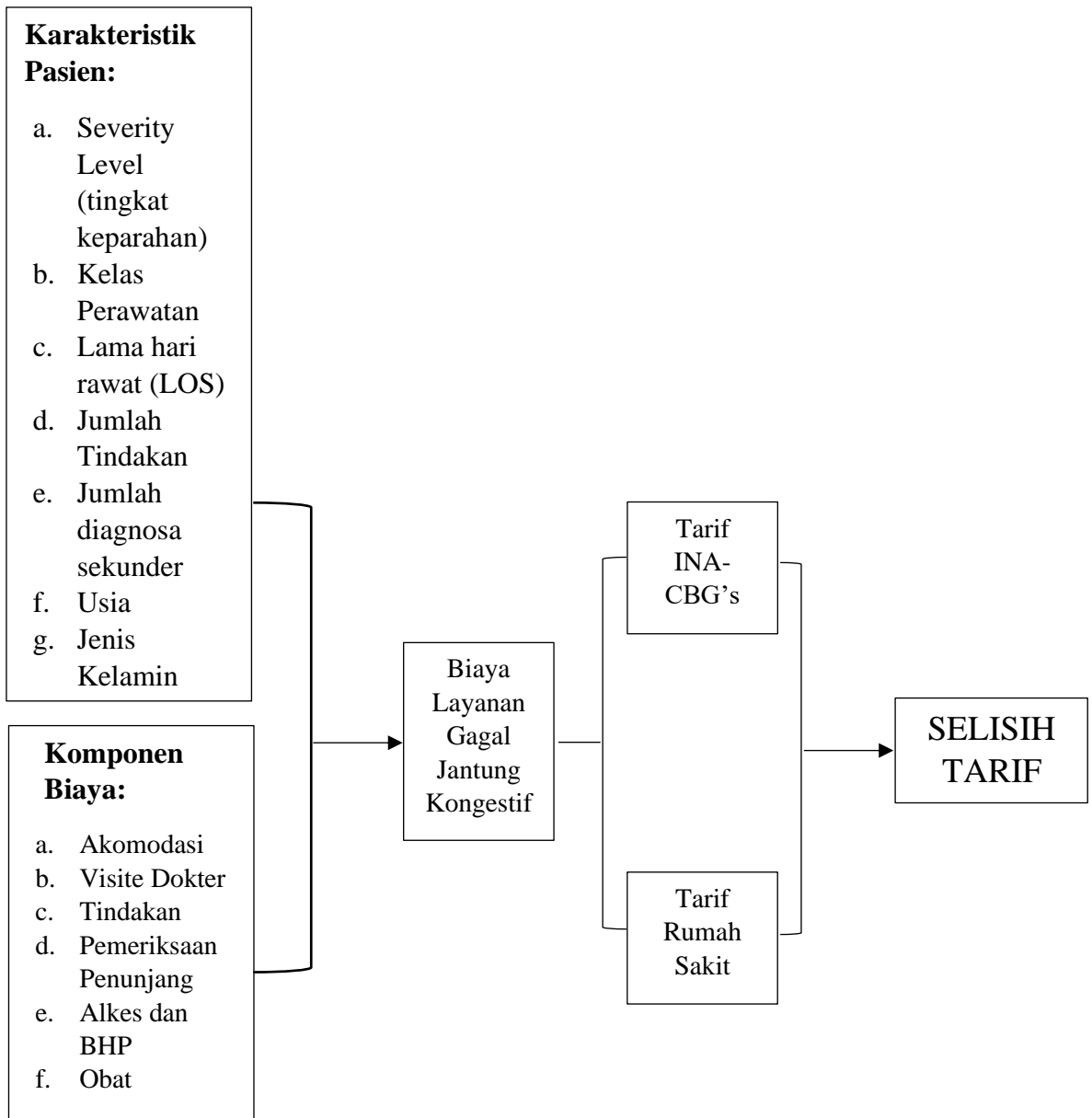
memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Rachma, 2014).

Gagal jantung merupakan masalah yang berkembang di seluruh dunia dengan jumlah kurang lebih dari 26 juta orang yang terkena dampaknya (Siallagan, 2021). Prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/ gejala sebesar 0,3% atau diperkirakan sekitar 530.068 orang. Jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%) (Siallagan, 2021). Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI tahun 2020, gagal jantung kongestif merupakan penyakit penyebab kematian terbanyak kedua di Indonesia setelah stroke (Prahasti & Fauzi, 2021). Gagal jantung kongestif atau *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah keadaan cairan menumpuk di ruang interstitial dan kompartemen intravaskular sebagai akibat dari gagalnya ginjal untuk mengekskresikan garam dan air sehingga tekanan dalam jantung meningkat (Putri et al., 2023). Gagal jantung kongestif merupakan kondisi kompleks yang mencakup beberapa etiologi dan komorbiditas. Pengobatan etiologi yang mendasari dapat menghentikan atau memperlambat perkembangan penyakit dan pengobatan komorbiditas sangat penting dalam mengoptimalkan kesehatan pasien dan meningkatkan kualitas hidup (Putri et al., 2023).

Gagal jantung kongestif adalah penyakit dengan prognosis yang buruk dan merupakan salah satu penyebab individu sering di rawat di rumah sakit, kualitas hidup yang rendah, serta harapan hidup yang lebih pendek dan tingkat kejadian penyakit bahkan kematian yang semakin tinggi (Siallagan, 2021). Menurut Rosa, Armenia, & Almasdy tahun 2015, gagal jantung kongestif merupakan penyakit yang dapat mengakibatkan pasien gagal jantung kongestif mengalami kelelahan dan sesak nafas yang berkontribusi memperburuk dan berdampak negatif terhadap kualitas hidup pasien (Siallagan, 2021). Pendekatan bagi pasien dengan kecurigaan kegagalan jantung meliputi riwayat dan pemeriksaan fisik, foto toraks, dan serangkaian tes yang harus dijalani. Riwayat penyakit sendiri kurang dapat dipakai dalam menegakkan diagnosa kegagalan jantung, tapi sering kali dapat memberi

petunjuk penyebab dari kegagalan jantung, faktor yang memperberat, dan keparahan dari penyakit (Rachma, 2014). Menurut Storrow tahun 2007 pasien dengan riwayat penyakit jantung, diabetes melitus, hipertensi, atau riwayat penyakit arteri koroner meningkatkan resiko terkena gagal jantung kongestif atau congestive heart failure (CHF). Diagnosa gagal jantung kongestif diperlukan pemeriksaan penunjang antara lain Electrocardiography (EKG), radiologi yaitu foto thorax dapat membantu dalam mendiagnosis gagal jantung dan Echocardiografi pemeriksaan ini direkomendasikan untuk semua pasien gagal jantung karena tes ini membantu menetapkan ukuran ventrikel kiri, massa, dan fungsi (Rachma, 2014).

## 2.2 Kerangka Teori

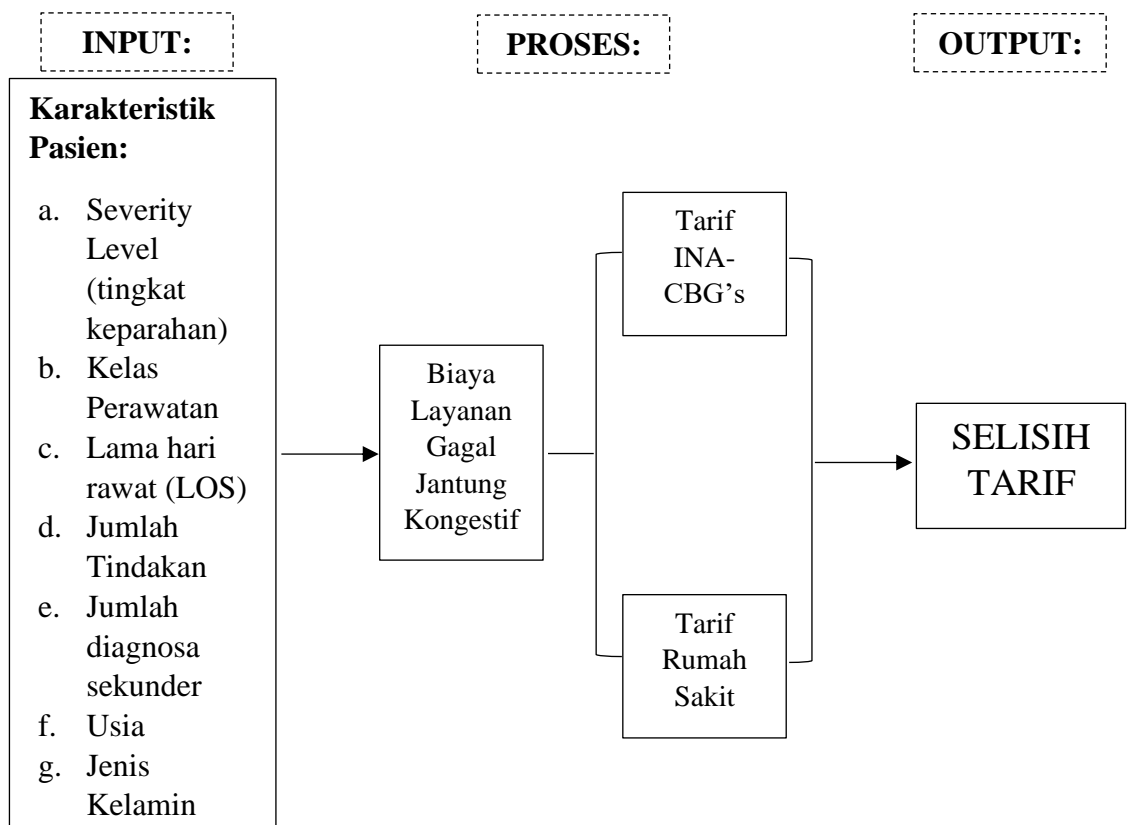


**Gambar 2.5 Kerangka Teori**

Analisis selisih tarif kasus gagal jantung kongestif. Tarif tersebut dipengaruhi oleh faktor karakteristik pasien antara lain severity level (I,II,III), kelas perawatan (1,2,3), lama hari rawat (Length Of Stay), jumlah tindakan, jumlah diagnosa sekunder, usia dan jenis kelamin (laki-laki atau perempuan). Selain dipengaruhi karakteristik pasien, dipengaruhi juga pada komponen biaya medis rumah sakit. Kemudian Biaya layanan yang dipakai oleh pasien gagal jantung kongestif. Biaya layanan untuk pasien gagal jantung kongestif dibagi menjadi 2 yaitu tarif riil rumah

sakit dengan tarif INA-CBG's. Tarif INA-CBG's adalah tarif yang ditetapkan kepada rumah sakit berdasarkan regional rumah sakit, kualifikasi rumah sakit, dan kode INA-CBG's berupa diagnosa, prosedur dan severity level. Kemudian tarif rumah sakit adalah tarif yang ditetapkan berdasarkan regional rumah sakit dan dihitung berdasarkan komponen biaya satuan atau jasa per pelayanan. Hasil akhir akan ditemukan selisih. Sumber kerangka teori dari penelitian Nufus Dwi Talitha mengenai Analisis selisih biaya layanan dengan tarif INA-CBG's dan tarif rumah sakit untuk kasus section caesaria pada pasien BPJS di rumah sakit jati sampurna tahun 2014 dan sumber dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023.

### 2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.6 Kerangka Konsep

Analisis selisih tarif kasus gagal jantung kongestif. Tarif tersebut dipengaruhi oleh faktor karakteristik pasien antara lain severity level (I,II,III), kelas perawatan (1,2,3), lama hari rawat (Length Of Stay), jumlah tindakan, jumlah diagnosa sekunder, usia dan jenis kelamin (laki-laki atau perempuan). Kemudian Biaya layanan yang dipakai oleh pasien gagal jantung kongestif. Biaya layanan untuk pasien gagal jantung kongestif dibagi menjadi 2 yaitu tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's. Hasil akhir akan ditemukan selisih.

## 2.4 Penelitian Terdahulu

**Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu**

<b>N o.</b>	<b>Nama Penulis</b>	<b>Tahun</b>	<b>Judul Jurnal</b>	<b>Variabel</b>	<b>Metode Penelitian</b>	<b>Hasil</b>
1.	Nina Dwi Astuti, Irmawati, Apifah	Maret 2021	Analisis tarif rumah sakit dan tarif Ina CBGs kasus gagal jantung kongestif	Variabel terikat dalam penelitian ini adalah selisih tarif yang merupakan selisih tarif Ina CBGs dibandingkan dengan tarif rumah sakit.	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Sebanyak 70 sampel diteliti dan merupakan keseluruhan kasus gagal jantung kongesif dari laporan klaim BPJS Kesehatan bulan	Perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif Ina CBGs di rumah sakit X pada bulan Oktober – Desember 2019 menyebabkan adanya selisih negative sebesar - 40.158.430 dengan



					<p>Oktober – rata-rata  Desember selisih  2019 pada sebesar -  rumah sakit 573.691 ±  swasta tipe C 2.825.013.  di Jawa Tengah. Selisih  negative ini  dapat  menimbulk  an dampak  kerugian  bagi rumah  sakit. Untuk  meningkatk  an efisiensi  lama hari  dirawat dan  mengurangi  tindakan  yang  kurang  dibutuhkan  tanpa  mengurangi  kualitas  pelayanan  maka perlu  ditegakkan  clinical  pathway.</p>
--	--	--	--	--	--

2.	Leny Ramadhan, MGS aritonang, Yusi anggriani	2021	Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit Dan Tarif INA-CBGs Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Pasar Rebo Jakarta	Variabel independen dalam penelitian ini adalah tarif riil RS.	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif secara observasional. Pengumpulan data secara observasi digunakan untuk mencatat dan mengumpulkan data – data pendukung kemudian membandingkan antara tarif RS & tarif Ina Cbgs	Dari lima diagnosa terbanyak pelayanan rawat jalan, terdapat 3 diagnosa yang berarti menghasilkan selisih negatif. Sementara sebanyak 2 diagnosa menghasilkan selisih positif. Dengan melihat presentase jumlah diatas kita dapat menyimpulkan rumah sakit “rugi” karena jumlah kasus dengan tarif rumah sakit
----	--	------	--	--	--	--

						yang lebih besar dari tarif INA-CBGs lebih banyak dari pada tarif rumah sakit yang lebih kecil dari tarif INA-CBGs. Rumah sakit mengalami kerugian sebesar Rp.66.778.404.
3.	Faik Agiwahyunto Evina Widianawati Widya Ratna Wulan Rizqi Basuki Putri	2020	Tarif Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBGs Pasien Rawat Inap	Variabel penelitian yaitu diagnosis utama dan diagnosis sekunder, tindakan medis, lama rawat, dan severity	Jenis penelitian deskriptif dan rancangan penelitian crosssectional. Metode yang digunakan adalah observasi pada indeks	Perbedaan nominal antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBGs diakibatkan oleh diagnosis penyerta, tindakan dan severity level. Dari

				level atau tingkat keparahan	penyakit pasien kasus DHF. Metode pengambilan sampel menggunakan nonprobability sampling	73 kasus pelayanan rawat inap terdapat 18 kasus (selisih negatif) dan 55 kasus (selisih positif). Tarif rumah sakit dipengaruhi oleh lamanya dirawat, tindakan, dan diagnosis sekunder yang menyertai, namun tarif INA CBGs tetap sesuai dengan jenis kelas perawatan dan severity
--	--	--	--	------------------------------	--	--

						level. Simpulan penelitian ini adalah nominal tarif rumah sakit bervariasi namun tarif INACBGs tetap sama
4.	Ayu Hendrati Rahayu, Nadia Meythalia Setiawan	2022	Analisis perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif in-cbg's pasien rawat inap pada kasus percutaneous coronar	tarif riil rumah sakit dengan INA-CBG's	Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dan teknik pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara, studi	dari 65 pasien rawat inap kardiologi melalui proses Percutaneous Coronary Intervention (PCI) tarif riil rumah sakit lebih tinggi dari tarif INA-CBG's dengan tarif tertinggi

			<p>y interve ntion (pci) guna menunj ang efisiensi biaya rumah sakit bandun g</p>		<p>keputakaan dan teknik dokumentasi . . juli- desember 2019</p>	<p>rumah sakit sebesar Rp. 147.475.39 4,- sedangkan tarif tertinggi INA- CBG's sebesar Rp. 50.437.500, -dan hal ini menunjuka n bahwa selisih antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA- CBG's tidak sedikit dan menyebabk an kerugian. Upaya yang telah dilakukan rumah sakit</p>
--	--	--	---	--	--	---

						pengendalian biaya yang salah satunya adalah standarisasi pelayanan yang belum maksimal dilakukan.
5.	Yeni Tri Utami, Nabilatul Fanny	2021	Faktor Penyebab Perbedaan Selisih Klaim Negatif Tarif Ina-Cbgs dengan Tarif Riil di RSUD Dr. Moewardi	Variabel kelas perawatan, variabel LOS, variabel severity level, dan variabel jumlah diagnosis komplikasi	Metode dalam penelitian ini penelitian kuantitatif dengan pendekatan menggunakan cross sectional yaitu meneliti data secara langsung pada saat penelitian. teknik pengambilan sampel dengan metode	dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkatan LOS dengan besaran selisih klaim negatif antara biaya riil dengan tarif Ina-Cbgs. Tidak terdapat perbedaan tingkatan

					Purposive sampling	kelas, severity level, dan jumlah diagnosis komplikasi dengan besaran selisih klaim negatif antara biaya riil dengan tarif Ina-Cbgs.
--	--	--	--	--	--------------------	--