



Utilization Review Pasien Bedah Jantung 2 katup dan ASD di RSUP Dr. Kariadi

Agung Purwanto^{1,2*}, Sutopo Patria Jati³, Suhartono³

¹Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Administrasi Rumah Sakit, Universitas Diponegoro Semarang

²RSUP Dr. Kariadi Semarang, Indonesia

³Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang

Abstrak

Besarnya pembiayaan operasi jantung di masa JKN tentu akan mempengaruhi penerimaan klinik melalui klaim yang didapat dari BPJS. Jumlah tarif yang muncul dan klaim BPJS pada pasien dalam operasi jantung harus dilakukan pengendalian salah satunya melalui *Utilization Review (UR)*. Hasil UR adalah sesuatu yang sensitif dalam mendorong Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) untuk melakukan perawatan berkualitas dengan biaya efisien yang diambil dengan mengurangi layanan yang tidak benar-benar diperlukan oleh pasien (*reducing the unnecessary services*). Penelitian ini memakai strategi pendekatan kuantitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Populasi penelitian ini merupakan desain pembiayaan rumah sakit dimana pasien menggunakan klaim BPJS dan BPJS dalam kasus operasi bedah jantung tahun 2019 sebanyak 321 pasien, dengan operasi bedah jantung terbuka dengan 2 katup sebanyak 80 dan *Atrial Septal Defect* 84. Pengujian dihitung dengan menggunakan teknik *total sampling*. Muncul perbandingan antara tarif rumah sakit dan klaim yang berbeda dan menunjukkan bahwa *billing* dengan tarif rumah sakit lebih besar dari klaim sebanyak 79% dan *billing* dengan tarif rumah sakit lebih kecil dari klaim sebanyak 21%. Variabel yang menjadi penyebab terjadinya kesenjangan antara pola pembiayaan dengan klaim BPJS dengan operasi terbuka 2 katup dan *Atrial Septal Defect* yang dapat diidentifikasi adalah penggunaan kelas perawatan, lama rawat inap dan lamanya perawatan di ICU.

Kata Kunci: Klaim BPJS, tarif, *utilization review*.

Abstract

The amount of heart surgery financing in the JKN period will certainly affect the acceptance of clinics through claims obtained from BPJS. The number of rates that arise and BPJS claims in patients in heart surgery must be controlled by one of them through *Utilization Review (UR)*. UR results are something that is sensitive in encouraging Health Care Providers (PPK) to perform quality care at a cost-efficient manner that is taken by reducing services that are not really needed by patients (*reducing the unnecessary services*). This research uses quantitative approach strategies with this type of descriptive research. Population research. This is a design of home financing, hospital where patients use BPJS and BPJS claims in the case of heart surgery in 2019 as many as 321 patients, with open heart surgery with 2 valves as many as 80 and *Atrial Septal Defect* 84. Testing is calculated using the total technique, sampling. There is a comparison between hospital rates and different claims and shows that *billing* with hospital rates greater than claims as much as 79% and *billing* with hospital rates smaller than claims as much as 21%. The variable that causes the gap between financing patterns and BPJS claims with open operation of 2 valves and *Atrial Septal*. Identifiable defects are the use of treatment classes, length of hospitalization and length of care in the ICU

Keywords: BPJS claim, rates, *utilization review*.

Korespondensi*: Agung Purwanto, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Administrasi Rumah Sakit (ARS), Universitas Diponegoro Semarang, RSUP Dr. Kariadi Semarang, Indonesia, E-mail: agung_purwanto75@yahoo.co.id, Telp: +628122643713

<https://doi.org/10.33221/jikm.v11i03.1514>

Received : 10 November 2021 / Revised : 7 Desember 2021 / Accepted : 20 Januari 2022

Copyright © 2022, Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, p-ISSN: 2252-4134, e-ISSN: 2354-8185

Pendahuluan

Merilis informasi dari organisasi kesehatan dunia atau WHO, lebih dari 17 juta orang meninggal karena penyakit jantung dan pembuluh darah di seluruh dunia. Data *The Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) memperlihatkan kasus kematian paling tinggi di dunia pada tahun 2016 disebabkan oleh penyakit terkait dengan jantung dan pembuluh darah yaitu sebesar 32,3%.¹ Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 memunculkan frekuensi kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah semakin meningkat dari tahun ke tahun yaitu 15 dari 1000 orang, atau sekitar 2.784.064 orang di Indonesia menderita penyakit jantung.²

Beberapa kasus penyakit kardiovaskular diselesaikan dengan operasi bedah jantung. Operasi jantung adalah tindakan untuk mengatasi penyakit jantung ketika terapi obat dan terapi suposif tidak dapat lagi dikelola. Operasi jantung digunakan untuk mengobati penyakit jantung bawaan dan penyakit jantung yang didapat.³ Data yang dituliskan oleh Zilla tahun 2018 di Indonesia terdapat total 6789 prosedur bedah jantung pada tahun 2018 atau sekitar 25 operasi di setiap 1.000.000 penduduk.

BPJS Kesehatan, pada tahun 2018 telah mengeluarkan dana Rp 79,2 triliun untuk membayar klaim 84 juta kasus penyakit pesertanya. Penyakit katastropik atau penyakit yang membutuhkan perawatan tertentu dan berbiaya tinggi adalah penyakit terbanyak yang membebani BPJS Kesehatan. Data *Branch Office Application* (BOA) BPJS Kesehatan menyebutkan dalam grafik bahwa penyakit jantung adalah nomor satu yang merugikan BPJS Kesehatan dengan dominasi 48%. Pembiayaan terbesar yang ditanggung adalah untuk penyakit kardiovaskular, seperti penyakit jantung dan penyakit aliran darah lainnya yaitu sebesar Rp 9,3 triliun.⁴

Pengertian Program Jaminan Kesehatan Nasional yaitu program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan

kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong-royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh Pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nir laba - BPJS Kesehatan.⁵ Data Direktorat Jenderal Kependudukan dan Status Perkawinan untuk semester II-2018 menunjukkan bahwa hingga 83,6% penduduk Indonesia memiliki asuransi kesehatan melalui JKN-KIS. Pembiayaan operasi bedah jantung yang besar pada masa JKN tentu akan mempengaruhi penerimaan RS melalui klaim yang diperoleh dari BPJS.

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Kariadi Semarang adalah rumah sakit terbesar di Jawa Tengah. RSUP Dr. Kariadi mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan upaya lain sesuai dengan kebutuhan.⁶ RSUP Dr Kariadi mempunyai dua layanan unggulan, yaitu Jantung dan Onkologi. Pelayanan jantung di RSUP Dr. Kariadi meliputi pelayanan kateterisasi jantung, diagnostik dan bedah jantung.

Pelayanan operasi bedah jantung membutuhkan sumber daya yang sangat besar, meliputi sumber daya SDM, penunjang sarana dan prasarana serta alat alat dengan teknologi canggih. Penggunaan sumber daya tenaga ahli, peralatan canggih, peralatan diagnostik dan pendukung lainnya berdampak terhadap pembiayaan yang besar. Sebagai contoh di tahun 2019, salah satu kasus pasien dengan CABG, memiliki total tarif (klaim) sebesar Rp 131.544.000 dengan tarif RS sebesar Rp 140.254.554 dimana hal ini memiliki selisih biaya Rp 8.710.554. Contoh lain adalah, 8 kasus dari total 23 kasus operasi bedah jantung di tahun 2019 memiliki selisih biaya antara tarif (klaim) dengan tarif RS sebesar Rp 583.003.699.⁷

Jumlah tarif yang muncul dan klaim BPJS pada pasien bedah jantung perlu dilakukan pengendalian biaya salah satunya melalui *Utilization Review* (UR). *Utilization review* adalah langkah untuk menentukan kebutuhan medis pada pelayanan kesehatan yang ditanggung, sedangkan penilaian klaim menentukan pelayanan kesehatan yang sebaiknya ditanggung oleh asuransi. *Utilization Review* merupakan suatu sarana penelitian yang dapat dipergunakan dalam upaya minimalis biaya, melakukan pemeliharaan dan peningkatan mutu pelayanan. Perbedaan klaim pembayaran atas suatu tindakan dapat ditekan dengan penggunaan *Utilization Review* yang bertujuan untuk mengurangi potensi fraud di Rumah sakit.⁸ Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efisiensi pembiayaan tindakan operasi bedah jantung.

Metode

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan kuantitatif. Pendekatan kuantitatif yang dimaksud adalah dihitung perbandingan antara pola pembiayaan rumah sakit dan klaim BPJS pada kasus operasi bedah jantung. Kelompok sample pada penelitian ini adalah sistem pembiayaan rumah sakit dimana pasien menggunakan klaim BPJS dan BPJS dalam kasus operasi bedah jantung tahun 2019. Jumlah pasien yang menjalani operasi jantung pada tahun 2019 sebanyak 324 pasien. Sampel dihitung dengan menggunakan teknik *total sampling*. Sampel yang didapat dari teknik penarikan sampel tersebut adalah 324 data (pasien yang menggunakan BPJS).

Sumber data pada penelitian ini adalah semua klaim rawat inap pasien JKN kasus operasi bedah jantung tahun 2019 (dataTST) dimana instrumen yang digunakan adalah *check list* observasi yang sudah disusun untuk melakukan *utilitation review* secara *retrospectivereview*. Tahapan yang dilakukan saat analisa data adalah mengumpulkan semua klaim rawat inap

pasien JKN kasus operasi bedah jantung tahun 2019 (dataTST), Membandingkan pola pembiayaan pasien rawat inap JKN kasus operasi bedah jantung tahun 2019 dengan klaim BPJS, memasukkan data yang diperoleh ke dalam komputer, sehingga akan muncul beberapa faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan antara pola pembiayaan dengan klaim BPJS serta menganalisa factor yang diperoleh menyebabkan ketidakseimbangan antara pola pembiayaan dengan klaim BPJS. Analisa data menggunakan distribusi frekuensi .

Hasil

Hasil penelitian ini menganalisa distribusi frekuensi karakteristik yaitu jenis jaminan kesehatan, jenis operasi, tarif rumah sakit, tarif yang diklaim oleh BPJS, biaya kerugian dan distribusi pemberian pelayanan yang mempengaruhi tarif rumah sakit sehingga dapat diketahui faktor penyebab tingginya tarif rumahsakit.

Tabel 1 menunjukkan jenis jaminan kesehatan paling banyak adalah JKN kelas III PBI dan JKN kelas II Non PBI (30%) serta jenis operasi paling banyak adalah Operasi jantung terbuka dengan dua katup (25%). Tabel 2 menunjukkan distribusi perbedaan tariff RS dan klaim dimana *billing* terbanyak adalah tarif rumah sakit lebih besar dari klaim (79%).

Tabel 3 menunjukkan distribusi presentase tarif pelayanan yang diberikan berdasarkan jenis operaaasi. Operasi jantung terbuka dengan 2 katup memiliki prosentase tertinggi (36%) pada jenis operasi dengan tarif rumah sakit > klaim. ASD memiliki prosentase tertinggi (43%) pada jenis operasi dengan tarif rumah sakit <klaim.

Tabel 4 menunjukkan operasi jantung terbuka dengan 2 katup didominasi oleh pasien kelas rawat II/JKN Non PBI. Pasien yang menjalani operasi jantung terbuka dengan 2 katup, sebanyak 17 pasien menjalani total lama rawat > 12 hari dan 21 pasien menjalani lama rawat > 6 hari di ICU.

Tabel 1. Jenis Jaminan Kesehatan dan Operasi

Karakteristik	Kategori	n	%
Jenis Jaminan Kesehatan	I/JKN Non PBI	63	20
	II/JKN Non PBI	99	30
	III/JKN Non PBI	63	20
	III/JKN PBI	99	30
Jenis Operasi	OP.JANTUNG TERBUKA DG 1 KTP-REPAIR	21	6
	VSD	56	17
	PDA	13	4
	OP. JANT.TBK DG 2 KTP (REPLACE & REPAIR)	8	2
	MVR	8	2
	OPERASI JANTUNG TERBUKA DG 2 KTP	80	25
	CABG HIGH RISK	32	10
	ASD	64	20
	OPERASI JANTUNG TERBUKA DG 1 KTP	19	6
	OPERASI BEDAH JANTUNG LAIN	24	7

Tabel 2. Tarif Rumah Sakit, Tarif Klaim dan Kerugian

Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Klaim	n	%	Nominal	Rata-rata (Rp)
Tarif Rumah Sakit > Klaim	257	79	Rp 12,666,297,754	49,285,205
Tarif Rumah Sakit < Klaim	67	21	Rp 2,524,773,740	37,683,190

Tabel 3. Distribusi Persentase Selisih Tarif Pelayanan yang Diberikan Berdasarkan Jenis Operasi

Karakteristik	n	Biaya (Rp.)	%	Rata-rata (Rp)
Jenis Operasi (Tarif Rumah Sakit > Klaim)				
OP.JANTUNG TERBUKA DG 1 KTP-REPAIR	12	982,299,515	8	81,858,293
VSD	53	1,371,647,427	11	25,880,140
PDA	11	449,797,493	4	40,890,681
OP. JANT.TBK DG 2 KTP (REPLACE & REPAIR)	7	376,188,719	3	53,741,246
MVR	6	471,422,072	4	78,570,345
OPERASI JANTUNG TERBUKA DG 2 KTP	71	4,550,528,316	36	64,091,948
CABG HIGH RISK	18	726,409,250	6	40,356,069
ASD	42	1,091,278,910	9	25,982,831
OPERASI JANTUNG TERBUKA DG 1 KTP	16	1,305,028,142	10	81,564,259
OPERASI BEDAH JANTUNG LAIN	14	1,341,697,910	11	63,890,377
Total	257	12,666,297,754	100	
Jenis Operasi (Tarif Rumah Sakit < Klaim)				
OP.JANTUNG TERBUKA DG 1 KTP-REPAIR	9	210,533,885	8	23,392,654
VSD	2	65,163,035	3	32,581,518
PDA	2	80,866,252	3	40,433,126
OP. JANT.TBK DG 2 KTP (REPLACE & REPAIR)	0	0	0	0
MVR	0	0	0	0
OPERASI JANTUNG TERBUKA DG 2 KTP	11	250,193,306	10	22,744,846
CABG HIGH RISK	14	676,781,554	27	48,341,540
ASD	23	1,095,312,376	43	47,622,277
OPERASI JANTUNG TERBUKA DG 1 KTP	3	67,711,675	3	22,570,558
OPERASI BEDAH JANTUNG LAIN	3	78,211,657	3	26,070,552
Total	67	2,524,773,740	100	

Tabel 4. Distribusi Persentase Operasi Jantung Terbuka dengan 2 Katup

Karakteristik	Kategori	Tarif Rumah Sakit > Klaim		Tarif Rumah Sakit < Klaim	
		n	n	n	%
Jenis Jaminan Kesehatan	I/JKN NON PBI	9	69	4	31
	II/JKN NON PBI	22	79	6	21
	III/JKN NON PBI	17	100	0	0
	III/JKN PBI	21	95	1	5
Total Lama Rawat	< 12 hari	52	84	10	16
	> 12 hari	17	94	1	6
Lama Rawat Di ICU	< 6 hari	48	81	11	19
	> 6 hari	21	100	0	0

Tabel 5. Distribusi Persentase Operasi ASD

Karakteristik	Kategori	Tarif Rumah Sakit > Klaim		Tarif Rumah Sakit < Klaim	
		n	%	n	%
Jenis Jaminan Kesehatan	I/JKN NON PBI	1	25	3	75
	II/JKN NON PBI	7	39	11	61
	III/JKN NON PBI	10	71	4	29
	III/JKN PBI	23	82	5	18
Total Lama Rawat	< 10 hari	27	61	17	39
	> 10 hari	14	70	6	30
Lama Rawat Di ICU	< 4 hari	20	54	17	46
	> 4 hari	21	78	6	22

Tabel 5 menunjukkan operasi ASD untuk kategori tarif rumah sakit > klaim didominasi oleh pasien kelas rawat III/JKN PBI, sedangkan untuk kategori tarif rumah sakit < klaim didominasi pasien kelas rawat II/JKN Non PBI.

Pembahasan

Jumlah peserta pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diadakan BPJS Kesehatan mencapai 222,5 juta orang per 31 Desember 2020. Ini sesuai dengan 81,3% dari populasi Indonesia. Jumlah tersebut terdiri dari penerima bantuan iuran (PBI) dari APBN dan juga APBD sebanyak 132,8 juta orang dimana dana peserta kategori ini dibayarkan oleh pemerintah dan mempunyai jumlah peserta terbesar. Kedua adalah pekerja penerima upah (PPU), baik pegawai negeri ataupun badan usaha, sebanyak 55,1 juta orang adalah karyawan yang iurannya dipotong dari pendapatan mereka. Ketiga adalah peserta mandiri yang terdiri dari pekerja bukan penerima upah (PBPU) sebanyak 30,4 juta orang dan bukan pekerja (BP) sebanyak 4,1 juta

orang.⁸ Data penelitian ini menunjukkan bahwa jenis jaminan kesehatan paling banyak digunakan dalam operasi bedah jantung adalah kelas II/JKN NON PBI dan JKN PBI yaitu sebesar 30%.

Operasi jantung merupakan operasi atau upaya untuk memperbaiki kelainan anatomi dan faal jantung. Jenis Operasi bedah jantung antara lain operasi pintas pembuluh darah koroner (*Coronary Artery Bypass Graft*), operasi penggantian katup jantung aorta atau mitral, operasi kelainan jantung bawaan berupa *Atrial Septal Defect* (ASD), *Ventricular Septal Defect* (VSD), dan *Pulmonal Stenosis, Tetralogy of Fallot* (TOF) serta mixoma baik orang dewasa maupun anak-anak. Operasi jantung ada 2 pembagian yaitu operasi jantung terbuka dan operasi jantung tertutup. Operasi jantung terbuka adalah operasi yang dilakukan dengan membuka ruang jantung menggunakan dukungan mesin pintas jantung paru (*Cardiopulmonary bypass machine/ekstracorporal*). Lain dengan operasi jantung terbuka, operasi jantung tertutup merupakan operasi yang

dilakukan tanpa membuka ruang jantung sehingga tidak perlu menggunakan mesin jantung paru.⁹ Data penelitian ini menunjukkan jenis operasi paling banyak adalah operasi jantung terbuka dengan 2 katup yaitu sebesar 25%.

Pasien dengan post operasi CABG membutuhkan perhatian lebih karena kasus pasien dengan CABG merupakan Indikator Prioritas rumah Sakit. Pasien dengan post operasi CABG menduduki peringkat ke 4 terbanyak operasi bedah jantung yang dilakukan di RSUP Dr. Kariadi. Sampel pasien post CABG yang diambil terdiri dari 32 sampel.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan menyatakan bahwa untuk pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran atas dasar Indonesian Case Based Groups (INA CBGs). Tarif INA CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Pengelompokan diagnosis penyakit penting sesuai dengan paparan Cooper dan Craig yang menunjukkan adanya variasi pembiayaan kesehatan walaupun dengan diagnosis yang sama.¹⁰

Hasil penelitian ini menunjukkan perbedaan tarif rumah sakit dengan klaim oleh BPJS kesehatan kepada RS, dimana *billing* dan tarif rumah sakit lebih besar daripada klaim sebanyak 255 (79%) dan tarif rumah sakit lebih kecil daripada klaim sebanyak 66 (21%), Biaya Rumah Sakit adalah komponen yang sangat diperhatikan baik oleh rumah sakit swasta maupun rumah sakit pemerintah. Setiap RS akan menentukan tarif sesuai dengan tujuannya masing-masing. Perhitungan tarif RS dilakukan setelah pelayanan diberikan kepada pasien. Sehingga tidak mendorong tim penyedia pelayanan kesehatan untuk

melakukan efisiensi.¹¹ Sedangkan tarif INA CBGs disusun berdasarkan metode prospektif..

Pembiayaan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan kebanyakan dilakukan dengan *Fee for Service* (FFS), yaitu pemberi layanan kesehatan memberikan tagihan biaya untuk tiap jenis pelayanan yang telah dilakukan.¹² Tarif ditentukan setelah pelayanan dilakukan. Kemungkinan moral hazard oleh pihak rumah sakit lebih besar dengan penerapan sistem FFS, karena tidak ada perjanjian diawal antara pihak rumah sakit dengan pasien, tentang standar biaya ataupun standar lama waktu hari perawatan (*length of stay*).¹³

Hasil penelitian menunjukkan distribusi frekuensi operasi jantung terbuka dengan 2 katup. Pasien yang melakukan operasi bedah jantung terbuka dengan 2 katup, 86% berada di kategori pembiayaan tarif rumah sakit > klaim dan 14% di kategori pembiayaan tarif rumah sakit < klaim. Perbandingan antara jumlah pasien kategori pembiayaan tarif rumah sakit > klaim dengan pasien kategori pembiayaan tarif rumah sakit < klaim di setiap kelas rawat menunjukkan bahwa prosentase pasien kategori pembiayaan tarif rumah sakit > klaim lebih tinggi. Penelitian menunjukkan bahwa tarif RS kelas 1 lebih meningkatkan tarif RS dibandingkan dengan kelas 2 dan 3.¹⁴

Hasil penelitian ini menunjukkan jumlah pasien kategori pembiayaan tarif rumah sakit > klaim berdasarkan kelasnya adalah kelas I/JKN NON PBI sebesar 9 pasien, kelas II/JKN NON PBI sebesar 22 pasien, kelas III/JKN NON PBI sebesar 17 pasien dan kelas III/JKN PBI sebesar 21 pasien. Manajemen RS diharapkan menuangkan kebijakan supaya masyarakat ekonomi kuat ikut membantu meringankan pembiayaan pelayanan RS untuk masyarakat ekonomi lemah. Rancangan subsidi silang bisa diterapkan jika biaya bangsal kelas 1 atau kelas di atasnya harus lebih tinggi dari unit cost agar dapat tetap bertahan.¹⁴ Penghitungan tarif ruang rawat inap bergantung pada banyaknya layanan

yang dapat dilakukan, total *fixed cost*, *variable cost* per unit dan *desired income*.¹¹

Hasil penelitian menunjukkan distribusi frekuensi operasi jantung terbuka dengan 2 katup dilihat dari lama rawat di rumah sakit. Rerata lama rawat pasien operasi jantung terbuka dengan 2 katup adalah 12 hari, dan terdapat 17 pasien dengan lama rawat > 12 hari pada pasien kategori pembiayaan tarif rumah sakit > klaim.¹⁵ Penelitian yang dilakukan Puspari, dkk memperlihatkan hal yang sama bahwa lama perawatan memberikan hasil yang signifikan terhadap naiknya tarif RS. Lama hari rawat dapat meningkatkan prosedur/tindakan pada semua pelayanan kesehatan dan penunjang sehingga akan mempengaruhi pada besarnya perbedaan tarif.¹⁶ Hal ini juga menyebabkan *inefficient* secara alokatif maupun sumber daya. Rumah sakit harus mampu melakukan efisiensi untuk menekan meningkatnya tarif rumah sakit.

Hasil penelitian ini menunjukkan distribusi frekuensi operasi jantung terbuka dengan 2 katup dilihat dari lama rawat di ICU. Rata-rata lama rawat pasien operasi jantung terbuka dengan 2 katup di ICU adalah 6 hari, dan terdapat 21 pasien dengan lama rawat > 6 hari pada pasien kategori pembiayaan tarif rumah sakit > klaim. Faktor-faktor yang sangat mempengaruhi tarif RS dan secara statistik signifikan adalah penggunaan ICU dan lamanya pasien dirawat. Naiknya biaya perawatan di ICU juga berkaitan dengan lama rawat di ICU, penggunaan terapi suportif, serta pemakaian obat-obat (terutama antibiotik) yang mahal. Lama rawat yang panjang menunjukkan bahwa penyakit cenderung lebih buruk dan sudah terdapat komplikasi atau memiliki penyakit penyerta lain. Hal ini sesuai dengan penelitian Ornek *et al.*, di Turki bahwa pemakaian ICU menduduki posisi tertinggi dalam menyumbang besarnya tarif secara keseluruhan pada pasien rawat inap.¹⁶

Hasil penelitian ini menunjukkan distribusi frekuensi operasi ASD dilihat dari kelas perawatan, lama rawat di rumah sakit

dan lama rawat di ICU. Pasien yang menjalani operasi ASD memiliki rata-rata lama rawat rumah sakit 10 hari dimana hal ini lebih rendah dibandingkan operasi jantung 2 katup. Data menunjukkan bahwa 70% pasien yang memiliki lama rawat > 10 hari berada pada kategori tarif rumah sakit > klaim. Pasien yang menjalani operasi ASD memiliki rata-rata lama rawat di ICU selama 4 hari dimana hal ini juga lebih rendah dibandingkan operasi jantung 2 katup. Data menunjukkan bahwa 78% pasien yang memiliki lama rawat ICU > 4 hari berada pada kategori tarif rumah sakit > klaim.

Semakin lama hari perawatan maka akan meningkatkan besar biaya akomodasi dan konsultasi. Pasien dengan tarif terendah memiliki LOS (*Length of Stay*) yang lebih pendek dibandingkan dengan pasien dengan tarif tertinggi, karena semakin panjang LOS (*Length of Stay*) maka semakin banyak jumlah obat yang dibutuhkan untuk mengobati pasien. Tingginya tarif kesehatan juga dipengaruhi oleh lama hari perawatan, semakin lama pasien dirawat maka semakin banyak alat kesehatan yang dipakai oleh pasien.

Kesimpulan

Utilization Review mampu menekan biaya dengan meminimalisir perbedaan klaim pembayaran dan peningkatan mutu layanan. Beberapa faktor yang menyebabkan perbedaan antara pola pembiayaan dengan klaim BPJS yang dapat diidentifikasi pada pasien operasi 2 katup dan *Atrial Septal Defect* adalah penggunaan kelas rawat, lama rawat di rumah sakit dan lama rawat di ICU

Daftar Pustaka

1. Leading Causes of Death World [Internet]. [cited 2019 Sep 3]. Available from: <http://www.healthdata.org/>
2. Riskesdas. Hasil Utama Riskesdas 2018 [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 3]. Available from: <https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-riskesdas-2018.pdf>
3. Firdaus I. Hari Jantung Sedunia (World Heart Day): Your Heart is Our Heart Too [Internet].

- 2019 [cited 2019 Sep 26]. Available from: <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/pusat-/hari-jantung-sedunia-world-heart-day-your-heart-is-our-heart-too>
4. BPJS. BPJS Kesehatan.
 5. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Jakarta;
 6. RSUP Dr. Kariadi. Profil: Profil Kami [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 21]. Available from: <http://rskariadi.co.id/profil/view/profil-kami>
 7. Morrissey MA. Health insurance. Health Administration Press Chicago, IL; 2008.
 8. Rella RU. Utilization Review Kasus Sectio Caesarea Pasien Jkn-Kis Di Rumah Sakit Tipe A, B, C. Universitas Gadjah Mada; 2018.
 9. Jumlah Peserta BPJS Kesehatan Capai 222,5 Juta Orang hingga 2020 [Internet]. 2021 [cited 2020 Apr 2]. Available from: <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/01/06/jumlah-peserta-bpjs-kesehatan-capai-2225-juta-orang-hingga-2020#:~:text=Jumlah peserta dalam program Jaminan,sebanyak 132%2C8 juta orang>
 10. Cindy Elfira Boom. Modul Pelatihan Keperawatan Kardiovaskuler Tingkat Dasar Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler. Jakarta: Pusat Jantung Nasional Harapan Kita, Aksara Bermakna; 2018.
 11. Peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 2013.
 12. Thabrany H. Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2014.
 13. Jauhari. Sistem INA-CBG's [Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 3]. Available from: <http://klikharry.com/2012/11/21/sistem-ina-cbgs/>
 14. Yuniarti EY. Evaluasi Pelaksanaan Utilization Review Badan Pengelola Jaminan Kesehatan Sosial Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. J Manaj Pelayanan Kesehat. 2011;14(03).
 15. Trisnantoro L. Memahami penggunaan ilmu ekonomi dalam manajemen rumah sakit. UGM press; 2018.
 16. Puspandari D, Mukti. AG, Kusnanto H. Faktor-faktor yang mempengaruhi biaya obat pasien kanker payudara di rumah sakit di Indonesia. J Kebijak Kesehat Indones. 2015;4:24–35.
 17. Örnek T, Tor M, Altın R, Atalay F, Geredeli E, Soyly Ö, et al. Clinical factors affecting the direct cost of patients hospitalized with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Int J Med Sci. 2012;9(4):285.