

Cost Recovery Rate dan Pengendalian Biaya di Rumah Sakit: Studi kasus pada Rumah Sakit Pemerintah

¹Mutia Arfiani, ²Heru Fahlevi, ³Zuraida

¹Program Studi Akuntansi, Politeknik Aceh, Indonesia

^{2,3}Jurusan Akuntansi, Fakultas Ekonomi Akuntansi dan Bisnis, Universitas Syiah Kuala, Indonesia

Abstract. *This study aims to analyze the cost recovery rate (CRR) and cost controlling practices in a government hospital after the implementation of Indonesian Diagnostic Related Groups/Cases Based Group (INA-DRGs/CBGs). A mixed method study was conducted at a type A provincial referral hospital located in one of the provinces in Sumatra. Data was collected from patient documents and databases as well as INA-DRGs / CBG claims during 2018. Interviews using semi-structured technique were conducted with doctors and hospital management as the informants. To analyze the data, this study used descriptive statistical methods and interview data processing methods. The results found that the accumulation of CRR was only 60%, which means the INA-CBGs tariff was 40% smaller than the total hospital claims. The study also found differences in claims and INA DRG /CBGs between different groups of patient age, sex, day of treatment and severity. Finally, the cost controlling mechanism at the studied hospital still uses the aggregate / total cost approach and the casemix accounting or a case-by-case approach was still uncommon among the hospital management.*

Keywords: *Biaya Klaim, INA-CBGs, Casemix, Rumah Sakit, Cost Recovery*

Abstract. *Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis cost recovery rate (CRR) dan pengendalian biaya di rumah sakit pemerintah pasca penerapan Indonesian Diagnostic Related Groups/ Cases Based Group (INA-DRGs/CBGs). Jenis penelitian yang digunakan penelitian kuantitatif dan kualitatif yang bersifat deskriptif-analitik dilakukan di sebuah rumah sakit rujukan provinsi tipe A yang berlokasi di salah satu provinsi di Sumatera. Data dikumpulkan dari dokumen dan database pasien serta klaim INA-DRGs/ CBG selama tahun 2018. Wawancara dengan menggunakan teknik semi structured dengan narasumber dokter dan manajemen rumah sakit. Untuk menganalisis data digunakan metode statistik deskriptif dan metode pengolahan data wawancara. Hasil penelitian menemukan bahwa akumulasi CRR hanya 60% yang artinya tarif INA-CBGs hanya mampu menutupi 60% biaya yang dikeluarkan rumah sakit. Penelitian ini juga menemukan perbedaan selisih klaim dan INA DRGs/CBGs antara usia pasien, jenis kelamin, hari rawatan dan tingkat keparahan. Pengendalian biaya pada rumah sakit yang diteliti masih menggunakan pendekatan agregate/ total biaya dan belum menggunakan pendekatan kasus per kasus sehingga pengendalian biaya yang dilakukan belum optimal.*

Keywords: *Biaya Klaim, INA-CBGs, Casemix, Rumah Sakit, Cost Recovery*

Corresponding author: hfahlevi@unsyiah.ac.id

How to cite this article. Arfiani, M, Fahlevi, H., Zuraida. (2020). Cost Recovery Rate dan Pengendalian Biaya di Rumah Sakit: Studi kasus pada Rumah Sakit Pemerintah. *Jurnal ASET (Akuntansi Riset). Program Studi Akuntansi. Fakultas Pendidikan Ekonomi dan Bisnis Universitas Pendidikan Indonesia*, 12 (2), 372–383. Retrieved from <https://ejournal.upi.edu/index.php/aset/article/view/26317>

History of article. Received: Juli 2020, **Revision:** Desember 2020, **Published:** Desember 2020

Online ISSN: 2541-0342. Print ISSN: 2086-2563. DOI : <https://doi.org/10.17509/jaset.v12i2.26317>

Copyright©2020. Jurnal ASET (Akuntansi Riset) Program Studi Akuntansi FPEB UPI

PENDAHULUAN

Sejak tahun 2010, Indonesia telah melakukan reformasi yang signifikan pada sektor kesehatan khususnya rumah sakit (Fahlevi, 2016). Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia dengan menjamin akses rumah sakit kepada setiap warga Indonesia melalui jaminan kesehatan sosial (*universal coverage*)

(Handayani, Suharmiati, & Pratiwi, 2018). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan telah diamanahkan untuk mewujudkan misi tersebut (Aulia et al, 2016) dengan memperluas jumlah masyarakat yang memiliki asuransi khususnya masyarakat miskin yang ditanggung jaminan kesehatannya oleh pemerintah pusat dan daerah.

Seiringan dengan pelaksanaan JKN, pemerintah Indonesia telah mengubah metode pembayaran rumah sakit dari metode *retrospective* kepada *prospective* melalui adopsi Indonesian Diagnostic Related Groups (INA-DRGs). Tujuannya adalah untuk meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia. Pada tahun 2014, BPJS Kesehatan memperkenalkan *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs) yang menggantikan *Indonesian Diagnosis Groups* (INA-DRGs). Secara operasional, kedua sistem tersebut sama yaitu rumah sakit dibayar berdasarkan diagnosa utama pasien dan tidak tergantung kepada berapa lama hari rawatan, jenis tindakan yang dilakukan, dan biaya yang dikeluarkan rumah sakit (Aulia et al., 2016). Sehingga sistem pembayaran ini dikenal dengan sistem paket (Geissler et al, 2012).

Penggunaan metode pembayaran INA-DRGs/ CBGs merupakan peluang dan sekaligus tantangan bagi setiap rumah sakit di Indonesia (Mardiah & Rivany, 2018). Risiko keuangan akibat lonjakan biaya pengobatan pasien yang dulunya ada di lembaga asuransi kini berpindah ke rumah sakit karena pada sistem pembayaran DRGs, asuransi (BPJS) memiliki tarif yang sama untuk setiap kasus penyakit dengan kesamaan diagnosa utama terlepas dari perbedaan jumlah hari operasi dan biaya aktual yang dikeluarkan oleh rumah sakit (Chua & Preston, 1994; Geissler et al, 2012).

Setelah lebih dari 5 tahun penerapan INA-DRGs/ CBGs, rumah sakit dan BPJS sama sama melaporkan kerugian. Di satu sisi, sejumlah rumah sakit mengeluh akan kecilnya tarif BPJS sehingga mengganggu keuangan rumah sakit (Handayani et al., 2018), terutama rumah sakit swasta (Nurwahyuni & Setiawan, 2019). Di sisi lain, BPJS mengeluhkan tingginya tingkat klaim rumah sakit sehingga berujung kepada defisit keuangan yang mencapai puluhan triliun rupiah. Saling klaim ini menimbulkan polemik berkepanjangan sehingga membutuhkan penelitian yang mendalam terkait *cost recovery rate* (CRR), tarif BPJS dan pengendalian biaya di rumah sakit.

Penelitian terkait dampak INA-DRGs/ CBGs dan pengendalian biaya rumah sakit Indonesia masih relatif jarang dilakukan (Fahlevi, 2016). Sejumlah penelitian menemukan bahwa tarif INA-CBGs tidak mampu menutup klaim rumah sakit. Misalnya, Budiarto & Sugiharto (2013) melakukan penelitian pada pasien Jamkesmas yang dirawat dengan diagnosa penyakit jantung koroner pada di 10 rumah sakit vertikal. Penelitian tersebut menemukan bahwa secara akumulasi tarif BPJS lebih besar dari pada klaim rumah sakit. Hal senada juga ditemukan oleh Supriadi (2013), Duarsa, Sulistiadi, & Sangadji (2019), dan (Aurelia & Pujiyanti, 2017).

Sebaliknya, beberapa penelitian lainnya menemukan hal yang berbeda. Misalnya, Handayani et al. (2018) menemukan bahwa tarif 84 RS umum BLU/BLUD secara umum lebih rendah daripada tarif INA-CBGs. Penelitian Lilissuriani, Saputra, & Ruby (2017) juga menunjukkan hasil yang sama bahwa secara kumulatif besaran tarif BPJS lebih kecil daripada klaim rumah sakit untuk pasien dengan diagnosa utama penyakit jantung *coroner*. Beberapa penelitian menemukan bahwa sejumlah kasus di rumah sakit memiliki tarif yang lebih tinggi daripada pembayaran BPJS, sedangkan kasus yang lain, misalnya dengan tingkat keparahan yang lebih rendah, tarif rumah sakit masih lebih rendah daripada tarif INA-CBGs (Mardiah & Rivany, 2018, Mardiah, 2016, Dumaris, 2016).

Penelitian ini memiliki 2 tujuan yaitu (1) menganalisis *cost recovery rate* (CRR) yaitu kemampuan tarif BPJS menutup klaim biaya pasien rumah sakit, (2) mengevaluasi strategi pengendalian biaya di rumah sakit pemerintah pasca penerapan INA-DRGs/ CBGs. Data penelitian yang dianalisis adalah data pasien rawat inap terbanyak tahun 2018 di rumah sakit Sejahtera (RS Sejahtera). RS Sejahtera merupakan rumah sakit pemerintah yang terletak salah satu provinsi di pulau Sumatera yang memiliki lebih dari 700 tempat tidur sehingga menjadi rumah sakit rujukan tipe A.

Berbeda dengan penelitian sebelumnya, penelitian ini melakukan analisis deskriptif perbandingan antar kelompok, profil pasien, dan juga melihat dari segi diagnosa pasien per kasus sehingga hasilnya dapat menggambarkan adanya perbedaan CRR untuk setiap kasus DRG. Disamping itu, penelitian ini juga menyikap praktek pengendalian biaya di rumah sakit pemerintah pasca INA-DRGs yang masih jarang dilakukan (Fahlevi, 2016). Dengan demikian, hasil penelitian tidak hanya akan menambah referensi akuntansi dan manajemen rumah sakit juga bermanfaat bagi praktisi manajemen keuangan di rumah sakit.

Pada bagian selanjutnya akan dipaparkan terkait sistem pembayaran di rumah sakit Indonesia dan perubahannya serta hasil penelitian sebelumnya. Setelah itu, metode penelitian akan dijelaskan pada bagian ketiga. Bagian keempat akan memaparkan dan mendiskusikan hasil penelitian. Sebagai penutup, bagian kesimpulan dan keterbatasan penelitian akan disajikan pada bagian akhir artikel ini.

KAJIAN LITERATUR

Sistem Pembayaran Rumah Sakit pasca Penerapan INA-CBGs

Pemerintah telah meningkatkan anggaran kesehatan dalam upaya meningkatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak mampu dengan skema asuransi sosial. Untuk memastikan tingginya efisiensi pengeluaran tersebut, pemerintah memutuskan untuk mengadopsi metode pembayaran berbasis paket atau dikenal dengan INA-DRGs/CBGs. Sistem ini sudah digunakan di berbagai negara. Sejumlah penelitian menemukan bahwa sistem tersebut mampu meningkatkan efisiensi dan produktivitas rumah sakit. Namun demikian, sejumlah penelitian juga mengkonfirmasi adanya praktek *moral hazard*, misalnya manipulasi data, *upcoding*, pemilihan pasien yang menguntungkan, pasien dikeluarkan dari RS walaupun belum sembuh dan lainnya.

Sistem pembayaran berbasis DRGs sangat berbeda dengan metode pembayaran yang sebelumnya digunakan seperti *fee for*

service dan *capitation*. Pada kedua metode pembayaran tersebut, rumah sakit relatif mendapatkan keamanan dari risiko lonjakan biaya pasien karena akan dibayar BPJS sesuai dengan tindakan yang dilakukan. Namun, pada sistem paket (DRGs), pembayaran akan dilakukan berdasarkan tarif yang ditentukan oleh kementerian kesehatan. Tarif tersebut dibuat berdasarkan nilai rata-rata untuk setiap perawatan atas masing masing diagnosa utama pasien yang dirawat (Humaidi, 2014).

Untuk menentukan tarif INA-DRGs/CBGs, tim tarif Kementerian Kesehatan menghimpun data dari rumah sakit sampel di Indonesia. Data yang dikumpulkan mulai dari besaran rumah sakit, tipe rumah sakit sampai kepada biaya operasional. Karena pembayarannya perpaket, maka rumah sakit tidak perlu lagi merinci biaya yang sudah dikeluarkannya selama perawatan pasien (Sari, 2014).

Respon rumah sakit yang tidak diharapkan tersebut dapat dikaitkan dengan tarif pembayaran sistem paket DRGs. Dalam sistem ini, rumah sakit akan menanggung kerugian jika gagal menyembuhkan pasien segera mungkin. Sebaliknya, rumah sakit akan mendapatkan keuntungan dari selisih antara tarif DRGs dengan biaya pasien yang dikeluarkan. Penelitian sebelumnya sudah mengkonfirmasi bagaimana respon dari rumah sakit terhadap pembayaran berbasis DRGs, dengan perubahan sistem pembayaran rumah sakit berbasis DRGs yang lebih objektif, sehingga dapat meningkatkan kinerja rumah sakit (Busse, 2012; Harding & Preker, 2000; Theurl & Winner, 2007)

Pasca implementasi JKN, baik rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta dituntut untuk memberikan pelayanan terbaik dengan harga yang terjangkau (Duarsa et al., 2019). Pemerintah telah meningkatkan anggaran kesehatan dalam upaya meningkatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak mampu dengan skema asuransi sosial. Untuk memastikan tingginya efisiensi pengeluaran tersebut, pemerintah memutuskan untuk mengadopsi metode pembayaran berbasis paket atau dikenal dengan INA-DRGs/CBGs. Sistem ini

sudah digunakan di berbagai negara seperti Amerika, Australia, Jerman, dan Singapura. Sejumlah penelitian menemukan bahwa sistem pembayaran berbasis DRGs tersebut mampu meningkatkan efisiensi dan produktivitas rumah sakit (Theurl & Winner, 2007; (Cheng, Chen, & Tsai, 2012). Namun demikian, sejumlah penelitian juga mengkonfirmasi adanya praktek *moral hazard*, misalnya manipulasi data penyakit, *upcoding*, dan strategi rumah sakit lainnya yang tidak diharapkan (Cook & Averett, 2020; Jürges & Köberlein, 2015; Shmueli et al., 2002).

Sistem pembayaran berbasis DRGs sangat berbeda dengan metode pembayaran yang sebelumnya digunakan seperti *fee for service* dan kapitasi. Pada kedua metode pembayaran tersebut, rumah sakit relatif mendapatkan keamanan dari risiko lonjakan biaya pasien karena akan dibayar BPJS sesuai dengan tindakan yang dilakukan. Namun, pada sistem INA-CBGs, pembayaran akan dilakukan berdasarkan tarif yang ditentukan oleh kementerian kesehatan. Tarif tersebut dibuat berdasarkan nilai rata-rata untuk setiap perawatan atas masing masing diagnosa utama pasien yang dirawat (Humaidi, 2014).

Untuk menentukan tarif INA-DRGs/CBGs, tim tarif Kementerian Kesehatan menghimpun data dari rumah sakit sampel di Indonesia. Data yang dikumpulkan mulai dari besaran rumah sakit, tipe rumah sakit sampai kepada biaya operasional. Karena pembayarannya perpaket, maka rumah sakit tidak perlu lagi merinci biaya yang sudah dikeluarkannya selama perawatan pasien (Sari, 2014).

Cost Recovery Rate (CRR)

Respon rumah sakit yang tidak diharapkan tersebut dapat dikaitkan dengan tarif pembayaran sistem paket DRGs. Dalam sistem ini, rumah sakit akan menanggung kerugian jika gagal menyembuhkan pasien segera mungkin. Sebaliknya, rumah sakit akan mendapatkan keuntungan dari selisih antara tarif DRGs dengan biaya pasien yang dikeluarkan (Busse, 2012; Harding & Preker, 2000; Theurl & Winner, 2007).

Pentingnya *cost recovery rate (CRR)* sebagai alat penentuan efisiensi yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana pendapatan rumah sakit dapat menutupi biaya yang dikeluarkan rumah sakit (Mardiah & Rivany, 2018). Melalui CRR rumah sakit dapat menutupi dan menggambarkan bagaimana hubungan antara hasil yang dicapai suatu usaha yang dilakukan dengan sumber daya yang dipergunakan untuk menghasilkan suatu produk atau output. Perhitungan CRR dengan membandingkan *cost of treatment* dengan tarif rumah sakit (Mardiah, 2016).

$$CRR = \frac{\text{Total pendapatan rumah sakit (tarif)}}{\text{Total pengeluaran rumah sakit (biaya pasien)}}$$

Evaluasi Pengendalian Biaya Pelayanan Rumah Sakit

Untuk menanggulangi peningkatan biaya perawatan pasien dan penerapan pembayaran berdasarkan sistem DRG, rumah sakit dituntut untuk dapat mengendalikan biaya secara efektif (Fahlevi, 2016). Secara tradisional, manajemen rumah sakit membandingkan antara total pengeluaran dan total pemasukan untuk mendapatkan gambaran keuntungan dan efisiensi rumah sakit. Namun demikian, cara tradisional tersebut kita tidak cocok lagi diterapkan pada masa pembayaran biaya pasien berdasarkan sistem paket, terlepas dari berapa biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit.

Rumah sakit kini didorong untuk menerapkan pengendalian yang lebih mikro dan kasus per kasus (Fahlevi, Ilhamsyah, & Oktari, 2020). Hal tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan tarif DRGs sebagai pembanding. Pengendalian tersebut dikenal dengan istilah *case-mix accounting* dan sudah diterapkan di banyak rumah sakit khususnya di negara maju (Lehtonen, 2007).

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dan kualitatif yang bersifat deskriptif-analitik. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk membandingkan biaya klaim yang seharusnya dikeluarkan pasien berdasarkan tarif rumah sakit dengan

biaya yang ditanggung BPJS berdasarkan tarif INA-CBGs pada pelayanan rawat inap pasien penyakit dalam pada periode Januari-Desember 2018.

Sampel penelitian ini adalah 5 kasus rawat inap terbanyak pada bagian penyakit dalam RS Sejahtera tahun 2018. Kelima kasus tersebut adalah yaitu CKD (*Chronic Kidney Disease*) stage 5 dengan kode N18, PSMBA (Pendarahan Saluran Cerna Bagian Atas) dengan kode K92, *Diabetes Mellitus* Type 2 dengan kode E11, *Sepsis* dengan kode A41, dan *Sirosis Hepatis* dengan kode K74. Jumlah data pasien dari 5 kasus tersebut adalah 1.258 pasien. Data penelitian akan dianalisis dan diuji dengan statistik nonparametik.

Penelitian ini kemudian dilanjutkan dengan metode kualitatif dengan melakukan wawancara untuk mendapatkan informasi yang merupakan upaya dan langkah yang dilakukan rumah sakit sehubungan dengan perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap. Teknik wawancara yang dilakukan adalah wawancara semi terstruktur dimana peneliti telah mempersiapkan sejumlah pertanyaan dan selama wawancara peneliti dapat mengembangkan pertanyaan lain dari jawaban narasumber.

Narasumber wawancara adalah staf ahli dari divisi akuntansi, divisi keuangan, divisi instalasi asuransi dan dokter spesialis penyakit dalam. Pada penelitian ini, wawancara yang dilakukan dengan metode *semi structured interview* dengan setiap narasumber secara personal sesuai dengan waktu yang mereka tentukan masing-masing untuk mendapatkan data kualitatif. Pertanyaan yang diajukan berpedoman pada pokok permasalahan yang diteliti dan dimodifikasi berdasarkan hasil jawaban dari narasumber.

Wawancara dilakukan secara terbuka dimana narasumber tahu bahwa mereka sedang diwawancara serta mengetahui

maksud dan tujuan wawancara. Hasil wawancara akan dicatat melalui catatan tertulis, perekam suara, dan pengambilan foto. Peralatan yang digunakan dalam proses wawancara ini adalah recorder atau alat perekam suara lainnya. Wawancara dilakukan di kantor narasumber dengan durasi rata-rata 30 s.d. 60 menit. Wawancara dilakukan pada bulan Februari s.d. Maret 2019.

Data kasus dan pasien yang didapatkan dianalisis dengan menggunakan metode statistik deskriptif untuk menemukan pola dan gambaran biaya pasien berdasarkan kasus, tingkat keparan dan profil pasien. Lebih lanjut, hasil wawancara diolah dengan menggunakan metode analisis data kualitatif untuk menemukan strategi rumah sakit dalam mengendalikan biaya perawatan pasien pasca INA-DRG/CBGs.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian

Jumlah sampel yang diambil sebanyak 1.258 pasien, dengan karakteristik pasien paling muda adalah 1 tahun, dan umur paling tua adalah 103 tahun. Pasien dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 688 orang dengan umur terendah 1 tahun dan umur tertinggi 97 tahun. Untuk jenis kelamin perempuan terkumpul 570 pasien dengan umur terendah 1 tahun dan tertinggi 103 tahun. Lebih lanjut dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1 Karakteristik Pasien Rawat Inap Penyakit Dalam 2018

Karakteristik Pasien	Jumlah (n)	Umur Pasien (Tahun)		
		Rata-Rata	Minimum	Maksimum
Jenis Kelamin				
Laki-laki	688	55	1	97
Perempuan	570	57	1	103
Umur Pasien				
<50 tahun	428	37	1	50
>50 tahun	830	62	1	103
	1.258			

Sumber: data diolah (2018)

Peneliti juga mengelompokkan umur menjadi dua kelompok, yaitu kelompok umur <50 tahun dan kelompok umur >50 tahun. Kelompok umur <50 tahun dengan jumlah 428 dengan umur rata-rata pasien 37 tahun, sedangkan jumlah pasien dengan kelompok umur >50 tahun sebesar 830, dengan umur rata-rata 62 tahun.

Selanjutnya peneliti juga melihat karakteristik pasien berdasarkan lima diagnosa terbanyak selama tahun 2018 (tabel 2). Diagnosa yang diambil adalah CKD (Chronic Kidney Disease) stage 5 (N18) jumlah pasien 361 orang, Diabetes Mellitus Type 2 (E11) jumlah pasien 353 orang, Sepsis dengan (A41) jumlah pasien 300 orang, Sirosis Hepatis (K74) jumlah pasien 130 orang, dan PSMBA (Pendaharan Saluran Cerna Bagian Atas) dengan kode K92 jumlah pasien 114 orang.

Tabel 2. Karakteristik Pasien Rawat Inap Penyakit Dalam Dengan Lima Diagnosa

No	Diagnosa	Jumlah (n)	Umur Pasien (Tahun)		
			Rata-Rata	Mini mum	Maks imum
1	CKD Stage 5	361			
	Laki-laki	204	54	10	86
	Perempuan	158	52	8	87
2	DM Type 2	353			
	Laki-laki	183	56	11	93
	Perempuan	169	55	16	88
3	Sepsis	300			
	Laki-laki	143	58	1	97
	Perempuan	157	60	1	103
4	Sirosis Hepatis	130			
	Laki-laki	89	52	18	73
	Perempuan	41	62	1	87
5	PSMBA	114			
	Laki-laki	69	53	1	97
	Perempuan	45	57	1	87

Sumber data sekunder diolah 2018

Pasien dengan jenis kelamin laki-laki mendominasi pada diagnosa CKD Stage 5, DM Type 2, Sirosis Hepatis dan PSMBA. Sedangkan jenis kelamin perempuan hanya mendominasi pada diagnosa Sepsis. Umur pasien yang termuda yaitu 1 tahun ada pada pasien dengan diagnosa Sepsis, Sirosis Hepatis, dan PSMBA, sedangkan pasien dengan umur tertua ada pada diagnosa Sepsis yaitu 103 tahun.

Pada penelitian ini peneliti melakukan perbandingan antara total biaya klaim dan total yang dibayarkan BPJS Kesehatan

berdasarkan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap penyakit dalam. Dengan membandingkan total biaya klaim dan tarif INA-CBGs akan muncul selisih, selisih yang muncul bisa merupakan selisih negatif (defisit) atau selisih positif (surplus).

Analisis CRR Pasien Penyakit Dalam

Jumlah yang dibayarkan BPJS Kesehatan atas klaim biaya rumah sakit merupakan pendapatan yang diterima rumah sakit. Yang menjadi pertanyaan pada penelitian ini apakah pembayaran berdasarkan tarif INA-CBGs ini mampu menutupi pengeluaran yang dikeluarkan pihak rumah sakit dalam melakukan pelayanan kesehatan. Banyak terjadi keluhan terhadap tarif INA-CBGs yang dianggap merugikan rumah sakit. Peneliti melakukan analisis dengan membandingkan total biaya klaim rumah sakit dengan total yang dibayarkan BPJS Kesehatan.

Jumlah yang dibayarkan BPJS Kesehatan atas klaim biaya rumah sakit merupakan pendapatan yang diterima rumah sakit. CRR mengukur kemampuan tarif BPJS yang diterima rumah sakit untuk menutupi biaya pengobatan pasien yang diprosikan melalui tarif rumah sakit. Jika CRR diatas 100%, maka rumah sakit mendapatkan keuntungan (surplus/ selisih positif) dari pembayaran BPJS karena total klaim rumah sakit dibawah total tarif BPJS. Sebaliknya, jika CRR dibawah 100%, maka rumah sakit mengalami kerugian (defisit/ selisih negatif) karena klaim rumah sakit tidak dapat dipenuhi oleh tarif yang dibayarkan BPJS.

Berdasarkan perbandingan tersebut didapatkan hasil CRR secara keseluruhan untuk 5 penyakit pasien rawat terbanyak tersebut adalah 60% (tabel 3). Artinya tarif BPJS hanya mampu menutupi 60% biaya yang dikeluarkan oleh RS Sejahtera.

Tabel. 3 Analisis CRR RS Sejahtera Jumlah CRR

	Jumlah	CRR
Tarif Rumah Sakit	Rp 26.259.645.621	60%
Tarif INA-CBGs	Rp 15.797.969.000	

Berdasarkan data yang telah diolah, terjadi selisih negatif dari perbandingan total biaya klaim dan total tarif INA-CBGs, hal ini disebabkan total tarif rumah sakit jauh lebih besar yaitu Rp 26.259.654.621,- dari pada jumlah yang dibayarkan pihak BPJS Kesehatan sesuai tarif INA-CBGs sebesar Rp 15.797.969.000,-. Sehingga terjadi selisih negatif sebesar Rp -10.461.685.621,- dengan selisih maksimum sebesar Rp 311.292.982,- dan selisih minimum sebesar Rp -8.316.125,-.

Selanjutnya, total klaim rumah sakit yang terbesar ada pada diagnosa DM type 2, yaitu Rp 9.690.255.055 (353 pasien). Sedangkan pada diagnosa CKD Stage 5 (361 pasien), total biaya klaim rumah sakit mencapai Rp 7.577.275.237,-. Dengan demikian, biaya perawatan pasien DM Type 2, lebih besar. Akan tetapi total tarif INA-CBGs yang dibayarkan untuk pasien dengan diagnosa DM type 2 hanya sebesar Rp 5.198.959.900,-, sedangkan untuk diagnosa CKD Stage 5 total yang dibayarkan pihak BPJS Kesehatan Rp 5.291.175.800,-.

Walaupun tetap terjadi selisih negatif pada pasien dengan diagnosa CKD Stage 5, tapi selisih negatifnya tidak terlalu besar seperti yang terjadi pada pasien diagnosa DM Type 2. Pada pasien dengan diagnosa DM Type 2 terjadi total selisih negatif yang besar yaitu sebesar Rp -4.491.295.155,- dikarenakan total klaim rumah sakit terlalu jauh berbeda dengan yang dibayarkan BPJS Kesehatan.

Jika dilihat perbandingan antar nilai maksimum pada tarif INA-CBGs dan tarif rumah sakit akan terlihat pada setiap diagnosa nilai maksimum tarif INA-CBGs selalu lebih besar, dibandingkan dengan nilai maksimum pada tarif rumah sakit, dengan demikian seharusnya hal tersebut dapat menimbulkan selisih positif. Akan tetapi pada setiap diagnosa total selisih yang timbul semua bernilai negatif dikarenakan jumlah selisih negatif yang lebih banyak terjadi daripada selisih positif.

Analisis lebih lanjut dapat dilihat pada tabel 4 yang menunjukkan bahwa tidak ada jenis diagnose, kelompok umur pasien, jenis kelamin, kelas rawatan dan tingkat keparan

yang memiliki CRR diatas 100% (surplus). CRR tertinggi yaitu 70% berasal dari kelompok diagnose CKD stage 5 dan kelompok pasien dengan hari rawat terdah (1-15 hari). Sebaliknya, CRR terendah ditemukan pada kelompok pasien dengan masa rawatan terpanjang (46-61 hari) yaitu 15,18% yang disusul dengan kelompok pasien dengan masa rawatan 31-45 hari.

Tabel. 4 Ringkasan Hasil Analisis Perbandingan Biaya Klaim dan Tarif INA-CBGs

Karakteristik	Porsi (%)	Selisih Positif	Porsi (%)
Diagnosa			
CKD Stage 5	28,69%	150 kasus	41,55%
DM Type 2	28%	123 kasus	34,55%
Sepsis	24%	91 kasus	30,33%
Sirosis	10,33%	33 kasus	25,38%
Hepatis			
PSMBA	9,06%	13 kasus	11,40%
Umur Pasien			
<50 Tahun	34,02%	141 kasus	32,94%
>50 Tahun	65,97%	269 kasus	32,40%
Jenis Kelamin			
Laki-laki	54,68%	235 kasus	34,10%
Perempuan	45,31%	175 kasus	30,70%
Kelas Rawatan			
Kelas 1	22,17%	88 kasus	31,54%
Kelas 2	5,64%	24 kasus	32,43%
Kelas 3	71,93%	298 kasus	32,92%
Tingkat Keparahan			
Tingkat I	16,45%	78 kasus	37,68%
Tingkat II	49,52%	169 kasus	27,10%
Tingkat III	34,02%	163 kasus	38,08%
Hari Rawatan			
1-15 Hari	83,54%	398 kasus	37,87%
15-30 Hari	14,62%	11 kasus	5,98%
31-45 Hari	0,015%	1 kasus	5,26%
46-61 Hari	0,003%	0 kasus	0%

Sumber data sekunder diolah (2018)

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa CKD Stage 5 merupakan jenis diagnose dengan jumlah CRR positif (surplus) terbanyak yaitu 41,55% (150 kasus). Untuk kasus dengan CRR negatif (defisit) terbanyak adalah kelompok pasien dengan masa rawat 46-61 hari yaitu 100% (4 kasus). Analisis ini dapat menjadi dasar untuk investigasi biaya dan efisiensi lebih lanjut guna meningkatkan

efisiensi dan juga menjaga kestabilan keuangan rumah sakit.

Strategi Kendali Biaya di RS Sejahtera

RS Sejahtera telah menjalankan program JKN sejak 2014, Sejak tahun tersebut, pembayaran atas klaim rumah sakit untuk pasien BPJS dilakukan berdasarkan tarif INA-CBGs. Seiring dengan adanya perbedaan antara klaim rumah sakit dan tarif INA-CBGs, manajemen sudah melakukan beberapa strategi yaitu (1) Peningkatan peran dokter dalam kendali biaya, (2) Penggunaan *clinical pathway*, (3) Program revisi tarif rumah sakit.

Pertama, RS Sejahtera melalui divisi akuntansi telah membuat beberapa strategi pengendalian biaya yang melibatkan dokter. Dokter merupakan aktor yang paling penting dalam implementasi strategi pengendalian biaya karena ditangan dan keputusan merekalah biaya perawatan pasien ditentukan. RS Sejahtera telah memperbaiki sistem pencatatan riwayat tindakan pasien dan perbaikan database tindakan dan obat yang dapat disesuaikan dengan formularium BPJS.

“Pihak dokter harus mengikuti prosedur yang jelas dalam memutuskan untuk memberikan tindakan medis, harus sesuai diagnosanya, sekarang semua melalui sistem, jadi dokter bisa mengakses di komputer, trus memilih tindakan atau obat yang akan diberikan pasien, jadi yang bisa di pilih hanya yang tersedia di sistem dan ada syarat-syaratnya. Jadi dokter sekarang tidak bisa, memberikan tindakan medis yang tidak perlu, atau memberi obat yang berlebihan.” (KBA)

Disamping itu, setiap selisih negatif (surplus) biaya pengobatan pasien yang disebabkan oleh perbedaan yang mencolok antara tarif BPJS dan klaim rumah sakit, divisi akuntansi akan mengirimkan informasi tersebut kepada staf medis fungsional (SMF) untuk dibahas dan dievaluasi penyebabnya.

‘Beberapa langkah sudah kita lakukan untuk pengendalian biaya pelayanan

rumah sakit, kita secara melakukan ekspose kepada ketua kelompok medis (SMF) tentang kelebihan biaya untuk dievaluasi bersama’ (Staf divisi akuntansi).

Kedua, RS Sejahtera telah menerapkan *clinical pathway* (CP). CP merupakan perwujudan standarisasi tindakan medis untuk setiap kasus penyakit yang sama yang disusun oleh komite medik dan para spesialis. Tujuan penerapan CP adalah agar tindakan medis yang dilakukan oleh dokter menjadi lebih seragam sehingga biaya dan kualitas pengobatan pasien dapat ditingkatkan.

‘Kalau evaluasi harian, kita pantau melalui apakah setiap tindakan medis sudah sesuai dengan Clinical Pathway, apakah sudah sesuai. Jika ada pasien yang harus di rawat lebih dari lima hari, harus diberikan alasan’ (Staf divisi akuntansi).

Ketiga, manajemen RS Sejahtera telah merencanakan revisi tarif rumah sakit yang selama ini digunakan sebagai pembanding dalam evaluasi tarif BPJS. Tarif rumah sakit yang ada adalah tarif yang disahkan oleh Pergub tahun 2013. Meskipun disusun lebih dari 6 tahun lalu, manajemen RS Sejahtera percaya bahwa tarif tersebut terlalu tinggi. Menurut narasumber, tarif tersebut disusun dengan menggunakan unit cost yang tinggi, karena pada saat itu RS Sejahtera baru membangun gedung baru yang dilengkapi dengan alat-alat medis yang canggih dan terbaru.

“Iya bagian akuntansi ada melakukan analisis secara internal, sebagai evaluasi dan menjadi dasar untuk mengajukan perubahan Pergub no 57 Tahun 2013, itu sudah lama sekali perlu di ganti. Rencananya pada tahun 2019 ini akan kita di rubah, kita dibantu tim dari Malaysia dalam menyusun tarif baru nanti.” (Kepala Bagian Akuntansi)

‘Tarif rumah sakit yang digunakan sebagai dasar klaim rumah sakit ke BPJS Kesehatan hanya merupakan pembanding

saja, karena memang peraturan dari BPJS Kesehatan untuk mengajukan klaim harus berdasarkan tarif rumah sakit' (Staf divisi akuntansi)

Penelitian ini menemukan bahwa baik secara kumulatif 5 kasus rawat inap penyakit dalam di RS Sejahtera pada tahun 2018 memiliki atau secara terpisah menunjukkan bahwa biaya rumah sakit masih lebih tinggi daripada tarif BPJS. Hal ini konsisten dengan hasil penelitian Budiarto & Sugiharto (2013) dan Supriadi (2013), Duarsa, Sulistiadi, & Sangadji (2019), dan Aurelia & Pujiyanti (2017). Penelitian tersebut membuktikan bahwa CRR rumah sakit untuk kasus yang diteliti lebih kecil 100% yang artinya rumah sakit mengalami defisit (kekurangan pembayaran) akibat selisih negatif antar klaim rumah sakit dan tarif BPJS. Sebaliknya, hasil penelitian ini tidak mendukung hasil penelitian Handayani et al. (2018) dan Lilissuriani, Saputra, & Ruby (2017) yang membuktikan bahwa tarif INA-DRGs/CBGs sudah layak dan adil untuk rumah sakit.

Penelitian ini juga menemukan faktor faktor potensial penyumbang defisit keuangan rumah sakit akibat CRR yang terlalu rendah. Faktor tersebut adalah hari rawatan (*length of stay*), umur pasien, jenis kelamin dan tingkat keparahan. Selisih negatif juga paling banyak terjadi pada pasien dengan jenis kelamin laki-laki. Hasil penelitian ini tidak konsisten dengan hasil penelitian Wijayanti & Sugiarsi (2013) yang menemukan bahwa umur pasien bukan merupakan determinan selisih antara tarif INA-CBGs dan biaya klaim rumah sakit.

Hasil analisis pada tingkat keparahan menunjukkan bahwa tingkat keparahan merupakan salah satu faktor yang menyebabkan perbedaan biaya klaim dan tarif INA-CBGs karena tingkat keparahan mempengaruhi komplikasinya suatu penyakit sehingga membawa efek bagi pemberi pelayanan kesehatan, Pemberian pelayanan kesehatan meliputi obat dan atau pelayanan rehabilitasi. Hasil ini mendukung hasil penelitian Rahayuningrum, Tamtomo, & Suryono (2017) juga menemukan bahwa tingkat keparahan memiliki pengaruh tidak

langsung perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs. Di samping itu, hari rawatan menjadi salah satu faktor yang menyebabkan perbedaan antara tarif INA-CBGs dan tarif rumah sakit. Hal ini senada dengan hasil penelitian (Dumaris, 2016) yang menemukan bahwa faktor lama rawatan berkontribusi terhadap selisih klaim rumah sakit dengan tarif BPJS.

Selanjutnya, penelitian ini menemukan bahwa tarif INA-CBGs digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi efisiensi dari kasus yang klaimnya diatas INA-DRGs. Manajemen rumah sakit memiliki beberapa strategi yang sifatnya lebih kepada pengendalian tingkat makro (*agregate*), tidak kasus per kasus. Untuk mengendalikan biaya, manajemen rumah sakit sudah mengikutsertakan dokter, bahkan indikasi wewenang dokter diintervensi oleh strategi pengendalian biaya ditemukan dalam penelitian ini.

Motivasi untuk mengendalikan biaya per pasien (*case mix accounting*) terhalang oleh ketiadaan data unit cost yang andal dan terpercaya. Tarif rumah sakit yang selama ini digunakan dipercaya tidak lagi relevan dan terlalu besar nilainya. Tarif yang seharusnya dapat digunakan untuk mengevaluasi perawatan pasien tidak digunakan karena adanya persepsi bahwa tarif tersebut tidak lagi akurat. Namun demikian, tarif tetap memiliki fungsi tidak tergantikan sebagai informasi untuk penganggaran dan pengusulan dana dari pemerintah.

SIMPULAN

Untuk melihat kemampuan tarif INA-CBGs dalam menutupi pengeluaran rumah sakit, Dilakukan perbandingan antara pendapatan rumah sakit berdasarkan jumlah yang dibayarkan BPJS Kesehatan dengan total biaya yang dikeluarkan rumah sakit, Hasilnya kemampuan tarif INA-CBGs dalam menutupi pengeluaran tersebut hanya 60%, Tanggapan bagian keuangan tentang kondisi ini, mereka mengetahui hal ini dan menyatakan RS Sejahtera masih menerima subsidi dari Pemerintah Daerah.

Selisih positif paling banyak terjadi pada diagnosa CKD Stage 5, pada jenis kelamin

laki-laki, dengan kelompok umur pasien >50 tahun, kelas rawatan 3, hari rawatan 1-15 hari, dan tingkat keparahan II, Sedangkan selisih negatif banyak muncul pada diagnosa DM Type 2, pada kelompok umur pasien <50 tahun, dengan jenis kelamin laki-laki, pada kelas rawatan 3, hari rawatan 1-15 hari, dan tingkat keparahan II,

Perlunya pengendalian biaya yang diterapkan di RS Sejahtera atas kondisi ini, Pihak RS Sejahtera sudah melakukan beberapa langkah seperti bagian akuntansi yang melakukan analisis internal terhadap perbandingan biaya klaim dan tarif INA-CBGs selama tahun 2016 sampai 2018, hal ini dilakukan sebagai dasar untuk mengambil kebijakan selanjutnya, Seperti merubah tarif yang berlaku di rumah sakit, Pihak keuangan memegang kendali pada setiap pengeluaran yang dilakukan pihak rumah sakit dalam melakukan pelayanan kesehatan. Dokter memiliki peran dalam dalam pengendalian biaya dengan memberikan informasi tentang biaya riil yang dikeluarkan setiap melakukan pelayanan kesehatan. Namun demikian, penelitian ini menegaskan akan pentingnya perbaikan tarif sehingga lebih mencerminkan biaya yang aktual.

Penelitian ini tidak bebas dari keterbatasan. Pertama, sampel pasien yang digunakan hanya pasien rawat inap penyakit dalam. Kedua, periode penelitian yang hanya satu tahun sehingga tidak dapat memberikan gambaran yang lebih lengkap (tren). Penelitian selanjutnya disarankan untuk meneliti terkait dengan persepsi dokter atas keterlibatannya di strategi pengendalian biaya di rumah sakit. Penelitian yang sama dapat juga direplikasi dengan lokasi penelitian di rumah sakit swasta yang memiliki struktur dan budaya organisasi yang berbeda dengan rumah sakit pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

Aulia, S., Supriadi, Sari, D. K., & Mutiha, A. (2016). Cost Recovery Rate program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan. *Akuntabilitas*, 8(2), 111–120. <https://doi.org/10.15408/akt.v8i2.2767>

Aurelia, A., & Pujiyanti, E. (2017). Biaya

Satuan dan pemulihan biaya (cost recovery rate) layanan pasien acute coronary syndrome dengan rawat inap di Rumah Sakit X Tahun 2015. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(3), 132–137.

- Budiarto, W., & Sugiharto, M. (2013). Biaya klaim INA CBGs dan biaya riil penyakit katastropik rawat inap peserta jamkesmas di rumah sakit studi di 10 rumah sakit milik kementerian kesehatan Januari-Maret 2012 (Expense of INA CBGs claim and real expense of catastrophic diseases inpatient jamke. *Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan*.
- Busse, R. (2012). Do diagnosis-related groups explain variations in hospital costs and length of stay? - Analyses from the EURODRG project for 10 episodes of care across 10 European countries. *Health Economics*, 21(Suppl.2), 1–5. <https://doi.org/10.1002/hec>
- Cheng, S. H., Chen, C. C., & Tsai, S. L. (2012). The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study. *Health Policy*, 107(2–3), 202–208. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.021>
- Chua, W. F., & Preston, A. (1994). Worrying about accounting in health care. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 7(3), 4–17.
- Cook, A., & Averett, S. (2020). Do hospitals respond to changing incentive structures? Evidence from Medicare's 2007 DRG restructuring. *Journal of Health Economics*, 73, 102319. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102319>
- Duarsa, A. M., Sulistiadi, W., & Sangadji, I. (2019). Strategi atasi perbedaan unit cost sectio caesaria dengan klaim berdasarkan tarif INA- CBG's pada pasien BPJS di Rumah Sakit Khusus Ibu Dan Anak Bunda Liwa. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi RUMah Sakit Indonesia*

- (MARS), 3(2), 142–154.
- Dumaris, H. (2016). Analisis perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs pelayanan rawat jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 3(1), 20–28.
- Fahlevi, H. (2016). Understanding why the role of accounting is unchanged in Indonesian public hospitals. *Journal of Accounting and Organizational Change*, 12(2), 203–222.
<https://doi.org/10.1108/JAOC-03-2014-0020>
- Fahlevi, H., Ilhamsyah, T. R., & Oktari, R. S. (2020). Predicting Cost Recovery Rate of Ischemic Stroke Patients: A Potential Application of Big Data Analysis in Hospital. In *Journal of Physics: Conference Series*. Palembang: IOP.
<https://doi.org/10.1088/1742-6596/1500/1/012106>
- Handayani, L., Suharmiati, S., & Pratiwi, N. L. (2018). Unit Cost rumah sakit dan tarif INA-CBGs: Sudahkah Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Dibayar dengan Layak? *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21(4), 219–227.
- Harding, A., & Preker, A. S. (2000). *Understanding Organizational Reforms The Corporatization of Public Hospitals*. Washington: The World Bank.
- Humaidi, I. (2014). Perubahan tarif INA-CBGs Membuat biaya kesehatan lebih efektif. *BPJS Kesehatan*.
- Jürges, H., & Köberlein, J. (2015). What explains DRG upcoding in neonatology? The roles of financial incentives and infant health. *Journal of Health Economics*, 43, 13–26.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.06.001>
- Lehtonen, T. (2007). DRG-based prospective pricing and case-mix accounting — Exploring the mechanisms of successful implementation. *Management Accounting Research*, 18, 367–395.
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2006.12.002>
- Lilissuriani, Saputra, I., & Ruby, M. (2017). Perbedaan biaya riil rumah sakit dan tarif ina-cbg untuk kasus katastropik dengan penyakit jantung koroner pada pasien rawat inap peserta jaminan kesehatan nasional di rsuza. *JUKEMA*, 3(1), 198–205.
- Mardiah, M. (2016). Cost recovery rate tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG's berdasarkan clinical pathway pada penyakit arteri koroner di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2015. *ARSI*, 2(3), 245–259.
- Mardiah, M., & Rivany, R. (2018). Cost Recovery rate tarif rumah sakit dan tarif ina-cbg's berdasarkan clinical pathway pada penyakit arteri koroner di RS Pemerintah A di Palembang Tahun 2015. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4), 175–184.
<https://doi.org/10.7454/eki.v1i4.1794>
- Nurwahyuni, A., & Setiawan, E. (2019). Kinerja rumah sakit swasta dengan pembayaran INA- CBGs di era Jaminan Kesehatan Nasional: Casemix, Casemix Index, Hospital Base Rate. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(2), 1–10.
- Rahayuningrum, I. O., Tamtomo, D., & Suryono, A. (2017). Comparison between hospital inpatient cost and INA-CBGs Tariff of inpatient care in the national health insurance scheme in Solo, Boyolali and Karanganyar Districts, Central Java. *Journal of Health Policy and Management*, 01(02), 102–112.
<https://doi.org/10.26911/thejhpm.2016.01.02.05>
- Sari, R. P. (2014). Perbandingan Biaya riil dengan tarif paket INA CBGs dan Analisis faktor yang mempengaruhi biaya riil pada pasien diabetes melitus rawat inap Jamkesmas di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Journal Spread*, 4(April), 61–70.
- Shmueli, A., Intrator, O., & Israeli, A. (2002). The effects of introducing prospective payments to general hospitals on length of stay, quality of care, and hospitals' income: the early experience of Israel. *Social Science & Medicine*, 55, 981–989.

Supriadi, S. (2013). Cost recovery rate unit hemodialisa rumah sakit ABC tahun 2006-2008. *Jurnal Vokasi Indonesia*, 1(1), 78–92.

Theurl, E., & Winner, H. (2007). The impact of hospital financing on the length of stay: Evidence from Austria. *Health Policy*, 82, 375–389.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.11.001>

11.001
Wijayanti, A. I., & Sugiarsi, S. (2013). Analisis perbedaan tarif riil dengan tarif paket INA-CBG pada pembayaran klaim Jamkesmas pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 1(1), 1–10.
<https://doi.org/10.33560/v1i1.56>