
KAJIAN ATAS RISIKO KELOMPOK USIA DAN KLAIM RUMAH SAKIT (RS) COVID-19 DI INDONESIA, 2020 – 2021

Andhika Nurwin Maulana^{1,2,5*}, Ruli E Al Faizin^{1,2}, Kalsum Komaryani³, Farah Purwaningrum^{1,2,4}, Hasbullah Thabrany^{1,2}

¹USAID Health Financing Activity, Indonesia

²Thinkwell LCC

³Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK), Kementerian Kesehatan

⁴Universiti Sains Malaysia, School of Social Science

⁵Sekolah Tinggi Ilmu Syariah (STIS) Al Wafa, Indonesia

*Corresponding Author: nurwin01@yahoo.com

Article history:

Received January 15, 2022

Received in revised form November 22, 2022

Published online December 1, 2022

Abstrak

Penelitian ini menganalisis risiko COVID-19 untuk kelompok usia dan korelasinya dengan tingkat keparahan, durasi rawat inap (*Length of Stay/LOS*), klaim rumah sakit, dan status keluar pasien rawat inap rumah sakit. Definisi dari kelompok usia adalah dari anak-anak, usia produktif, dan usia lanjut. Pertengahan tahun 2020 pemerintah Indonesia menetapkan pembatasan sosial di beberapa daerah seiring dengan peningkatan kasus COVID-19 namun situasi ekonomi diharapkan tetap berjalan. Namun dalam melakukan kegiatan ekonomi akan mempunyai risiko lebih tinggi ketika mereka melakukan kegiatan ekonomi, apalagi jika mereka menggunakan transportasi publik ke lokasi pekerjaan mereka. Penelitian ini juga mengukur signifikansi perbedaan dalam penerapan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 Pedoman Revisi Ke-4 dan Ke-5 dan dampaknya terhadap durasi rawat inap dan klaim RS untuk pasien rawat inap. Penelitian ini menggunakan data E-Klaim Kementerian Kesehatan dengan total 206 ribu pasien rawat inap COVID-19 seluruh Indonesia antara Maret 2020 sampai dengan Januari 2021. Temuan awal adalah anak-anak mempunyai proporsi tingkat kesembuhan paling tinggi dibandingkan usia produktif, dan usia lanjut mempunyai tingkat kesembuhan paling rendah untuk status pasien keluar rawat inap. Sedangkan proporsi meninggal menunjukkan hal yang sebaliknya untuk status pasien keluar rawat inap. Hasil dari regresi hampir semua variabel mempunyai pengaruh yang berarti terhadap klaim pasien rawat inap COVID-19.

Kata kunci: COVID-19, risiko, usia, klaim

Abstract

This study measures the risk of age group and its correlation with severity level, length-of-stay (LOS), cost of treatment, and discharge of inpatient status. By 'age group' we refer to children, productive, and elderly. Since mid-2020 government of Indonesia opted for a micro lockdown in several areas to reduce pandemic transmission nevertheless ensure economic recovery. However, people will have a higher risk if they conduct economic activities, moreover if they were to take public transport to their workplace. We also measure several differences between the implementation of technical guidance of 4th and 5th had a more significant differences in LOS and inpatient's hospital's claim. This paper uses data from Ministry of Health (MoH) namely of around 207 thousand inpatient people of COVID-19 across all provinces in Indonesia from March 2020 to January 2021. This preliminary research result where children were the highest proportion recovered compared to working age group discharged status, and elderly age had the lowest proportion of recovered discharged status. While elderly was the highest died discharged status compared to working age group, and children had the lowest died discharged status. Result for regression almost all the independent variables were significant having impact to claims of COVID-19 claim.

Keywords: COVID-19, risk, age, claim

PENDAHULUAN

Kasus COVID-19 mulai ditemukan di Indonesia pada awal Maret 2020 dan mencapai gelombang tinggi pertama kasus dan kematian pada Januari 2021. Kasus COVID-19 menjadi perhatian dunia yang diumumkan oleh pemerintah Tiongkok dan juga WHO (*World Health Organization*) pada akhir tahun 2019 dengan gejala gangguan pernapasan (pneumonia). Kemudian kasus COVID-19 mulai masuk ke Indonesia dan diumumkan oleh pemerintah pada 2 Maret 2020 sebagai dua kasus pertama COVID-19 di negara ini. Pada Januari 2021 mencapai kasus tertinggi hampir mencapai 15 ribu kasus dan kematian hampir 500 orang per harinya (Satgas COVID-19, 2021).

Dengan kasus yang meningkat sejak dari awal Maret 2020 Pemerintah Indonesia mengeluarkan beberapa aturan untuk pencegahan penyebaran kasus dan pembiayaan penanganan COVID-19. Presiden menetapkan kedaruratan kesehatan masyarakat dikarenakan COVID-19 (Keppres 11, 2020) untuk melengkapi beberapa aturan yang sudah ada untuk pembiayaan penanganan pandemi ditanggung pemerintah (UU No. 24, 2007). Sedangkan untuk mengatasi penyebaran COVID-19 pemerintah Indonesia juga menetapkan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dimulai pada awal April 2020 untuk mencegah penyebaran COVID-19 dengan pembatasan kegiatan mayoritas sosial ekonomi, terutama yang tidak terkait dengan

penanganan kesehatan, bahan pokok, pemerintahan, dan sektor strategis lainnya (Permenkes No. 9, 2020). Saat ini terdapat PPKM (*Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat*) yang berlaku dengan level satu (1) sampai dengan level empat (4) di Indonesia. Sedangkan untuk pembiayaan untuk segala penanganan yang terkait dengan bencana, terutama pandemi maka biaya penanganan tersebut akan ditanggung pemerintah (UU No. 24, 2007).

Penelitian ini bertujuan memberikan analisa untuk risiko dan korelasinya terhadap klaim rumah sakit COVID-19 di Indonesia di tahun 2020-2021. Dengan mengukur status keluar pasien rumah sakit pada kelompok usia anak-anak, usia produktif, dan usia lanjut. Penelitian sebelumnya (Dewi *et al.*, 2021) menyatakan tingginya kasus kematian anak mencapai 40% (20 anak) dari total 490 kasus COVID-19 anak-anak, maka dibutuhkan penanganan khusus COVID-19 pada kasus anak-anak. Penelitian lainnya juga menyatakan pengetahuan protokol kesehatan anak-anak masih lemah dan secara emosional sulit menghindari kerumunan sehingga anak-anak tersebut menjadi rentan terpapar COVID-19 (Fuady *et al.*, 2021). Namun keterbatasan dari penelitian ini adalah fokus utama pada pasien rawat inap di rumah sakit, informasi penyakit penyerta (komorbiditas) dan informasi riwayat perjalanan atau lingkungan dari pasien rawat inap tersebut.

Kemudian penelitian ini juga menganalisis perbedaan-perbedaan penanganan pasien rawat inap COVID-19 pada sebelum dan sesudah implementasi Pedoman COVID-19 Revisi Ke-5 yang dikeluarkan pada 13 Juli 2021 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b). Maka penanganan COVID-19 ini akan membutuhkan pembiayaan yang cukup dan periode lama seperti dengan kasus-kasus pandemi lainnya yang bersumber dari virus, terutama jika pemerintah akan membuka akses dalam kegiatan ekonomi.

METODE

Penelitian ini menggunakan analisis kuantitatif dan kualitatif, kedua metode ini digunakan untuk didapatkan melalui regresi hampir semua variabel independen yakni kelompok usia, jenis kelamin, tingkat keparahan, kelas rumah sakit, penggunaan ventilator, durasi rawat inap, status keluar rumah sakit, dan pedoman pencegahan. Kemudian analisis dilanjutkan dengan periode sebelum dan sesudah implementasi Pedoman Revisi Ke-5 (15 Agustus 2020) untuk membandingkan perbedaan klaim rumah sakit dari variabel-variabel karakteristik sosial demografi, pelayanan rumah sakit, dan luaran pasien COVID-19.

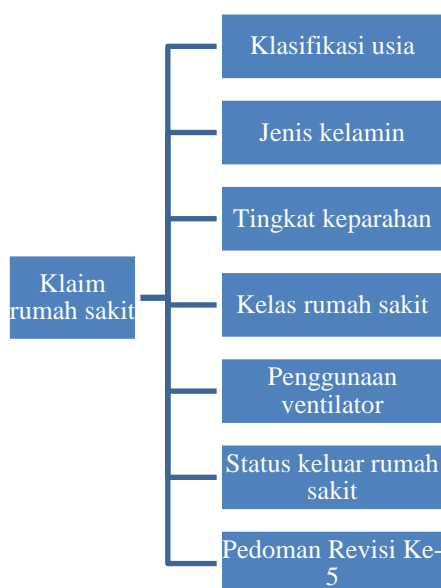
Analisis kuantitatif menggunakan data rumah sakit di seluruh Indonesia yang melakukan klaim kepada Kementerian Kesehatan pada Maret 2020 hingga Februari 2021. Data tersebut dianalisis dengan deskripsi

statistik dan regresi linear berganda agar dapat diketahui dampak dari masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen (klaim rumah sakit). Dengan metode analisis regresi dilakukan perbandingan antara sebelum dan sesudah implementasi Pedoman Revisi Ke-5.

Analisis kualitatif menggunakan studi literatur dari beberapa sumber penelitian sebelumnya dan peraturan yang berlaku. Metode ini digunakan untuk menganalisis perbedaan pelayanan pasien COVID-19 yang diberikan berdasarkan pedoman dan peraturan yang berlaku dan karakteristik dari variabel independen. Metode ini juga membandingkan hasil variabel-variabel yang digunakan dengan penelitian sebelumnya.

Variabel kelompok usia dibagi tiga klasifikasi yaitu anak-anak, usia produktif, dan usia lanjut karena dari mobilitas menyebabkan besaran klaim pasien COVID-19. Variabel jenis kelamin menyebabkan besaran klaim pasien COVID-19. Tingkat keparahan menjelaskan kondisi pasien menyebabkan besaran klaim pasien COVID-19. Kelas rumah sakit menyebabkan perbedaan biaya yang dikeluarkan sehingga menyebabkan besaran klaim pasien COVID-19. Penggunaan ventilator menjelaskan biaya pelayanan yang diberikan menyebabkan perubahan besaran klaim pasien COVID-19. Variabel-variabel ini mempunyai pengaruh yang berarti terhadap klaim pasien rawat inap COVID-19. Sumber data penelitian adalah E-Klaim Kementerian Kesehatan dengan total 206.858 pasien rawat inap COVID-19 dari seluruh Indonesia antara Maret 2020 sampai dengan Januari 2021.

Bagan 1. Kerangka Konsep Penelitian



HASIL

Bagian ini bertujuan menjelaskan hasil temuan-temuan terkait risiko COVID-19 terhadap pelbagai kelompok usia. Dari beberapa karakteristik pasien COVID-19 dianggap merupakan variabel yang penting berdampak pada besaran klaim rumah sakit.

Karakteristik Berdasarkan Demografi

Kelompok usia dan jenis kelamin mempengaruhi mobilitas dan risiko

terpaparnya COVID-19 dan klaim rumah sakit di kelompok usia tertentu mempunyai perbedaan mobilitas mempunyai dampak pada besaran biaya klaim. Sedangkan variabel jenis kelamin salah satu faktor karakteristik sosial demografi dari ketahanan tubuh tidak jauh berbeda antara laki-laki dan perempuan berdampak pada besaran COVID-19.

Tabel 1. Statistik Deskriptif Demografi Sampel Pasien Rawat Inap COVID-19, 2020-2021

Karakteristik Demografi	n	%
Kelompok Usia		
0-14 tahun (anak-anak)	14.630	7,1%
15-64 tahun (usia produktif)	163.840	79,2%
65+ tahun (usia lanjut)	28.388	13,7%
Jenis Kelamin		
Perempuan	97.925	47,3%
Laki-laki	108.933	52,7%

Secara demografi pasien COVID-19 sampel didominasi oleh usia produktif (79%) dan laki-laki (52,7%). Pengelompokan menggunakan klasifikasi BPS yaitu usia di berdasarkan yakni anak-anak (0-14 tahun),

usia produktif (15-64 tahun) dan usia lanjut (di atas 65+ tahun). Lebih dari ¾ sampel pasien adalah usia produktif yang dan mereka adalah pekerja karena mobilitas sehari-hari sehingga probabilitas lebih tinggi terpapar COVID-19.

Karakteristik Berdasarkan Pelayanan Rumah Sakit

Karakteristik lain yang dianalisis berdasarkan klasifikasi di dalam fasilitas kesehatan yaitu tingkat keparahan, kelas rumah sakit, dan penggunaan ventilator pada. Variabel tingkat keparahan mempunyai pengaruh pada jenis pelayanan yang diberikan pada pasien dan berdampak pada besaran

klaim COVID-19. Kelas rumah sakit yang berbeda akan menetapkan tarif yang berbeda sehingga mengakibatkan besaran klaim rumah sakit yang berbeda. Termasuk pelayanan rumah sakit menggunakan ventilator yang banyak digunakan pada pasien COVID-19 kondisi berat dan kritis.

Tabel 2. Statistik Deskriptif Status RS Sampel Pasien Rawat Inap COVID-19, 2020-2021

Karakteristik Demografi	n	%
Tingkat Keparahan		
Ringan	120.461	58,2
Menengah	36.638	17,7%
Berat-Kritis	49.759	24,1%
Kelas Rumah Sakit		
Kelas A	27.725	13,4%
Kelas B	88.678	42,9%
Kelas C	79.106	38,2%
Kelas D	11.349	5,5%
Penggunaan Ventilator		
Tanpa Ventilator	197.798	95,6%
Dengan Ventilator	9.060	4,4%

Sampel pasien rumah sakit didominasi oleh tingkat keparahan ringan (58%), kelas rumah sakit B (43%), dan tanpa ventilator (96%). Pada periode awal rumah sakit masih menggunakan Pedoman Revisi Ke-4 sehingga pasien tingkat keparahan ringan dan sedang masih banyak dirawat di rumah sakit. Sedangkan untuk pasien lebih banyak kelas

rumah sakit lebih banyak pada Kelas B karena rumah sakit kelas tersebut lebih banyak ditunjuk oleh pemerintah daerah untuk penanganan COVID-19. Untuk variabel Penggunaan Ventilator konsisten dominasi oleh tingkat keparahan sedang yang tanpa menggunakan ventilator sebesar 95,6%.

Tabel 3. Durasi Rawat Inap Pasien COVID-19 Sebelum dan Sesudah 15 Agustus 2020

Rata-rata (rerata) Durasi Rawat Inap/LOS (hari)	Anak-anak (0-14 tahun)	Usia Produktif (15-64 tahun)	Usia lanjut (65+ tahun)
Sebelum 15 Agustus 2020	7,76	10,54	9,06
Sesudah 15 Agustus 2020	6,77	9,12	8,02

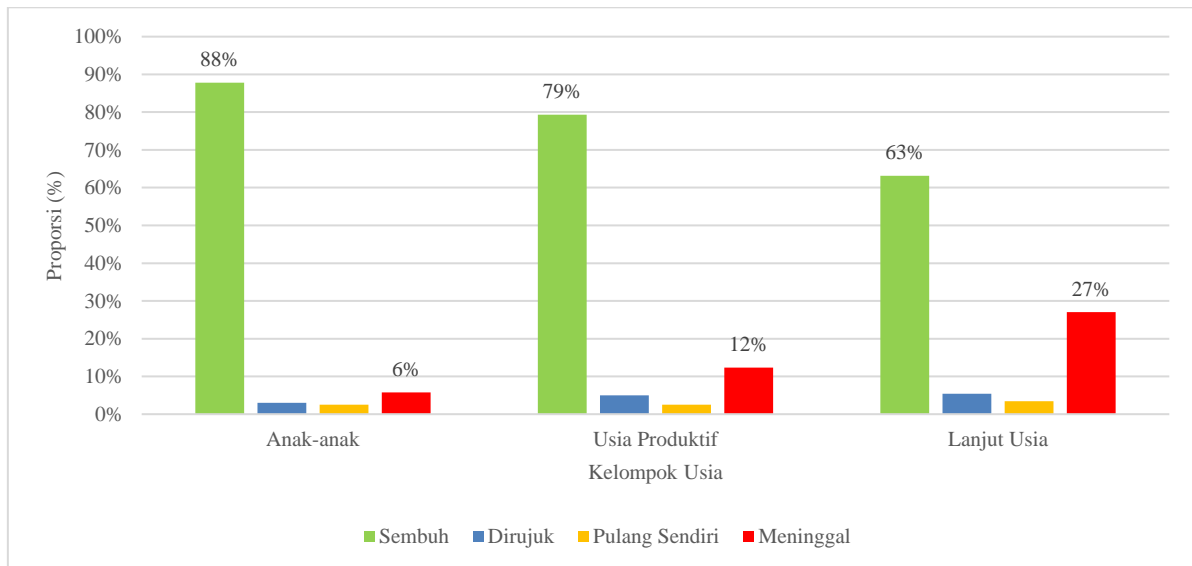
Berdasarkan Tabel 3, durasi rawat inap semua kelompok usia menurun setelah

diimplementasikan Pedoman Revisi Ke-5. Bila dibandingkan, durasi rawat inap sebelum

implementasi Pedoman Revisi Ke-5 COVID-19 mempunyai durasi lebih lama dengan durasi rawat inap sesudahnya. Hal ini dikarenakan pada Pedoman Revisi Ke-5 waktu kepulangan pasien bisa lebih dipermudah,

tanpa mengharuskan pasien mendapatkan hasil negatif dari tes PCR dan melakukan isolasi mandiri apabila hasil asesmen kesehatan menunjukkan perbaikan.

Grafik 1. Status Keluar Rumah Sakit Berdasarkan Kelompok Usia, 2020-2021



Usia lanjut memiliki risiko status keluar meninggal yang lebih tinggi dibandingkan dengan usia yang lebih muda (usia produktif dan usia anak-anak). Analisa kuantitatif dalam berdasarkan status keluar RS kelompok usia lanjut kemungkinannya paling kecil dengan status keluar RS sembuh dan paling tinggi status keluar RS meninggal. Kelompok usia produktif memiliki status keluar RS meninggal dua kali lipat lebih tinggi (12%) dibandingkan dengan anak-anak (6%). Artinya semakin rendah usia pasien rawat inap COVID-19 maka status keluar RS lebih tinggi sembuh, sementara semakin tinggi usia pasiennya maka status keluar RS lebih tinggi meninggal.

Analisis berikutnya menggunakan metode statistik regresi linier berganda pasien rawat inap COVID-19 dengan sembilan

variabel *dummy* dan dua variabel kuantitatif tersebut. Variabel *dummy* kelompok usia menggunakan referensi pada usia anak-anak (0-14 tahun). Variabel *dummy* jenis kelamin menggunakan jenis kelamin perempuan sebagai referensi. Variabel *dummy* tingkat keparahan menggunakan tingkat keparahan ringan sebagai referensi. Variabel *dummy* kelas RS menggunakan RS kelas C dan RS kelas D sebagai referensi. Variabel *dummy* status keluar RS menggunakan status keluar RS sembuh sebagai referensi. Sedangkan variabel *dummy* untuk pedoman menggunakan Pedoman Revisi Ke-4 sebagai referensi. Maka untuk mengukur pengaruhnya variabel *dummy* dan variabel kuantitatif terhadap besaran klaim rumah sakit, dengan persamaan di bawah ini:

$$\ln Y = a + b_1D_1 + b_2D_2 + b_3D_3 + b_4D_4 + b_5D_5 + b_6D_6 + b_7D_7 + b_8X_1 + b_9X_2 + b_{10}D_8 + b_{11}D_9$$

Di mana:

Y = Klaim rumah sakit (logaritma natural)

a = Konstanta

D_1 = Usia produktif (15 – 64 tahun)

D_2 = Usia lanjut (64 + tahun)

D_6 = Kelas RS A

D_7 = Kelas RS B

X_1 = Penggunaan ventilator (hari)

X_2 = Durasi rawat inap (hari)

$D_3 =$ Jenis kelamin (laki – laki)

$D_4 =$ Tingkat keparahan sedang

$D_5 =$ Tingkat keparahan berat – kritis

$D_8 =$ Status keluar RS (meninggal)

$D_9 =$ Pedoman Revisi Ke – 5

Pemodelan regresi menggunakan tiga simulasi. Simulasi regresi pertama semua variabel dianalisis secara bersama-sama. Kemudian simulasi regresi kedua dan ketiga dengan membandingkan hasil persamaan sebelum dan sesudah menggunakan Pedoman Revisi Ke-5 agar terlihat korelasi dari kedua pedoman tata laksana tersebut.

Hampir semua variabel independen mempunyai pengaruh positif dan signifikan terhadap klaim pasien. Hanya RS Kelas A yang tidak mempunyai pengaruh signifikan pada Tabel 4. Koefisien variabel jenis kelamin laki-laki menjelaskan bahwa klaim rumah sakit lebih tinggi untuk pasien laki-laki (Koef. 0,009) dibandingkan dengan perempuan. Variabel tingkat keparahan pasien tingkat keparahan berat-kritis mempunyai klaim yang lebih tinggi (koef. 0,167) daripada klaim dengan tingkat keparahan sedang (koef. 0,074). Variabel penggunaan ventilator juga menunjukkan semakin lama pasien menggunakan ventilator (hari) klaim rumah sakit akan 0,94 lebih tinggi. Variabel durasi rawat inap menjelaskan semakin lama durasi rawat inap maka klaim rumah sakit akan 0,74 semakin tinggi. Hal ini menunjukkan semua variabel independen mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap besaran klaim rumah sakit.

Untuk simulasi regresi kedua (Model II) dan ketiga (Model III) mempunyai pengaruh besar pada besaran klaim pasien tingkat keparahan sedang dan berat-kritis. Secara statistik hampir semua variabel independen mempunyai positif dan signifikan terhadap besaran klaim. Koefisien dari variabel independen juga tidak banyak berbeda dengan simulasi regresi pertama pada Tabel 7. Perbedaan penggunaan pedoman tatalaksana teknis ternyata membuat penurunan drastis klaim RS pasien tingkat keparahan sedang yang mempunyai koefisien 0,127 sebelum dan koefisien 0,003 sesudah implementasi Pedoman Revisi Ke-5. Sementara tingkat keparahan kritis-berat mempunyai koefisien

0,175 sebelum dan 0,146 sesudah implementasi Pedoman Revisi Ke-5.

Tabel 4. Hasil Regresi Klaim RS

Logaritma Natural (Klaim RS)	Koefisien	>t
Kelompok Usia (Referensi usia 0-14 tahun)		
15-64 tahun	0.348	.000
65+ tahun	0.415	.000
Jenis kelamin (Referensi jenis kelamin perempuan)		
Laki-laki	0.009	.035
Tingkat keparahan (Referensi tingkat keparahan ringan)		
Sedang	0.074	.000
Berat-Kritis	0.167	.000
Kelas RS (Referensi Kelas RS C&D)		
Kelas A	-0.007	.250
Kelas B	0.080	.000
Penggunaan Ventilator (hari)	0.094	.000
Lama Perawatan (hari)	0.071	.000
Status Keluar RS (Referensi status keluar RS sembuh)		
Meninggal	0.239	.000
Penerapan Tatalaksana Medis (Referensi Pedoman Revisi Ke-4)		
Revisi Ke- 5	0.325	.000
Konstanta	15.304	.000

Hasil statistik di Tabel 7 menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan secara statistik antara sebelum dan sesudah penetapan Pedoman Revisi Ke-5 pada Model II dan Model III (Agustus 2021). Terdapat beberapa variabel secara statistik berdampak klaim RS yang lebih rendah menggunakan Pedoman Revisi Ke-5 yaitu variabel tingkat keparahan. Artinya dengan penerapan Pedoman Revisi Ke-5 secara statistik berdampak pelayanan yang lebih efisien dan biaya klaim lebih rendah.

DISKUSI

Pemerintah Indonesia memberlakukan beberapa peraturan pembatasan sosial dari PSBB hingga PPKM dengan tujuan agar menghentikan penyebaran COVID-19 tanpa mengganggu aktivitas perekonomian. Sebagaimana diketahui masih banyak pelaku ekonomi di Indonesia yang bergerak di sektor informal dimana pendapatan yang mereka mereka hasilkan cenderung berbasis harian. Sektor informal berbeda dengan sektor formal yang memiliki perlindungan dan kepastian hukum yang lebih menjamin. Karena pekerja sektor formal akan lebih mudah untuk bertahan hidup karena mereka memiliki gaji bulanan masih bisa bekerja dari rumah (*working from home*) atau dengan sistem rotasi jam kerja ketika pandemi. Namun itu tidak terjadi dengan pekerja informal hanya mengandalkan pendapatan harian untuk penghidupannya. Jika kegiatan ekonomi masyarakat informal tersebut dihentikan maka dampak ekonomi akan semakin buruk dan dikhawatirkan berdampak negatif pada kehidupan sosial masyarakat.

Dampak ekonomi menjadi alasan dalam penerapan kebijakan pembatasan sosial atau isolasi di banyak negara. Salah satunya dampak ekonomi yang dikhawatirkan ketika negara menetapkan pembatasan pekerja dalam melakukan kegiatan ekonomi akan berdampak negatif pada ekonomi negara dan ekonomi para tenaga kerjanya (Smith, 2020). Dalam penelitian tersebut negara harus membuat kebijakan yang lebih banyak menanggung beban sosial ketika menutup keseluruhan kegiatan ekonomi dalam bentuk bantuan sosial. Akibatnya pemerintah harus mengeluarkan kebijakan sosial dan fiskal lainnya untuk meningkatkan ekonomi yang

lebih terpuruk jika menerapkan isolasi sangat tertutup.

Temuan utama dalam penelitian ini adalah kelompok usia produktif mempunyai risiko lebih rendah daripada kelompok usia lanjut. Masyarakat usia produktif lebih membutuhkan untuk bekerja dan keluar rumah karena untuk mencari nafkah penghidupannya. Sedangkan usia lanjut mempunyai kemungkinan penyakit penyerta lebih tinggi daripada usia produktif (Guan *et al.*, 2020) dan kemungkinan kematiannya akan lebih besar (Sanyaolu *et al.*, 2020). Walaupun aktivitas ekonomi tetap dan mobilitas dilakukan pada masa pembatasan sosial, namun sektor usia lebih mempengaruhi tingkat kematian akibat COVID-19 dan klaim rumah sakit.

Dengan pemberlakuan Pedoman Revisi Ke-5 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b) tentang Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 pada pertengahan Agustus 2021 mempunyai dampak pelayanan yang lebih efektif dengan berkurangnya masa durasi rawat inap pasien COVID-19. Hal itu dikarenakan para pasien rawat inap dapat keluar rumah sakit lebih cepat dibandingkan sebelumnya. Sebelumnya Pedoman Revisi Ke-4 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020a) mewajibkan pasien keluar dari rumah sakit dengan hasil negatif PCR. Pasien diperkenankan keluar dari rawat inap rumah sakit jika sudah dalam kondisi yang tanpa perburukan sesuai pertimbangan medis dokter penanggung jawab. Dengan Pedoman Revisi Ke-5 pasien rawat inap RS lebih cepat keluar RS jika ada keterbatasan tes fasilitas tes PCR dengan catatan harus isolasi mandiri selama 14 hari, terutama di daerah terpencil. Keuntungan tersebut akan membuat keterisian kamar rumah sakit, antrian rumah sakit akan berkurang, dan lebih cepat penanganan pasien COVID-19 yang kondisinya lebih berat.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kebijakan Pemerintah Indonesia menetapkan pembatasan sosial untuk mengurangi meluasnya dampak pandemi COVID-19 dengan tetap memberi ruang pada sektor ekonomi agar dapat berjalan normal terbukti berhasil mempertahankan kondisi perekonomian. Hasil penelitian ini ketika kebijakan pembatasan sosial lebih mengarah pada usia non-produktif yaitu anak-anak dan

usia lanjut. Karena secara statistik masyarakat usia produktif memiliki tingkat kesembuhan relatif lebih tinggi daripada usia lanjut. Dengan syarat kegiatan perekonomian tersebut tetap melaksanakan protokol kesehatan yang ketat maka pembatasan sosial tetap berjalan namun kondisi ekonomi tidak terlalu terpuruk akibat pandemi COVID-19.

Peraturan baru tentang tidak perlunya hasil negatif dengan tes PCR berdampak secara statistik pada kemudahan status pemulangan COVID-19. Walaupun pemulangan pasien tersebut membutuhkan isolasi mandiri untuk kondisi pasien dan pemantauan penuh oleh tenaga medis. Keterbatasan laboratorium pengujian PCR COVID-19, khususnya di daerah terpencil berdampak pada hasil pengujian yang lebih lama dan durasi rawat inap yang lebih lama. Situasi ini juga menyebabkan antrian lebih panjang di fasilitas rawat inap dan pasien kritis terlambat berobat karena pasien rawat inap yang stabil masih berada di fasilitas rawat inap rumah sakit.

Kelompok usia lanjut mempunyai risiko yang lebih tinggi terhadap kematian dibandingkan dengan kelompok usia lainnya. Kelompok usia lanjut juga memiliki risiko lebih rendah untuk sembuh, namun risiko lebih tinggi keluar RS dengan status meninggal. Secara statistik variabel kelompok usia, tingkat keparahan, penggunaan ventilator, durasi rawat inap mempunyai pengaruh signifikan terhadap klaim rumah sakit COVID-19. Revisi regulasi (Pedoman Revisi Ke-5) berdampak signifikan terhadap kenaikan klaim rumah sakit. Namun secara statistik mempunyai dampak efisiensi dengan penurunan klaim rumah sakit pada pasien dengan tingkat keparahan sedang dan berat-kritis.

Seiring dengan kemudahan perkembangan teknologi rekomendasi perawatan COVID-19 di rumah sakit memang difokuskan untuk pasien dengan tingkat keparahan berat dan kritis. Untuk pasien tingkat keparahan ringan dan sedang bisa cukup dengan isolasi mandiri (isoman) atau dengan *telemedicine*. Rumah sakit bisa mengurangi antrian pasien dan rumah sakit juga bisa fokus kepada pelayanan penyakit lainnya.

Kebijakan yang akan datang harus merekomendasi untuk penentuan tarif yang lebih fleksibel dan efektif. Ketika pandemi tarif akan lebih mudah disesuaikan dan tidak menyulitkan fasilitas kesehatan dalam proses klaim. Seperti perubahan pedoman berdampak klaim rumah sakit yang efisien pada pasien COVID-19 tingkat keparahan sedang. Fasilitas kesehatan akan lebih fokus dalam memberikan pelayanan kesehatan karena tarif dan klaim sudah sesuai dengan kualitas terbaik yang diberikan.

REFERENSI

- Dewi, R. *et al.* (2021) 'Mortality in children with positive SARS-CoV-2 polymerase chain reaction test: Lessons learned from a tertiary referral hospital in Indonesia', *International Journal of Infectious Diseases*, 107(May 2020), pp. 78–85. doi:10.1016/j.ijid.2021.04.019.
- Fuady, A. *et al.* (2021) 'Good Knowledge but Poor Practice Toward COVID-19 Among Indonesian Youth', (16). doi:10.1177/10105395211015048.
- Guan, W. *et al.* (2020) 'Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis', *The European Respiratory Journal*, 55(5), pp. 1–20. doi:10.1183/13993003.00547-2020.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020a) 'Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 Revisi Ke-4', *Germas*, pp. 0–115. Available at: https://infeksiemerging.kemkes.go.id/download/REV-04_Pedoman_P2_COVID-19_27_Maret2020_TTD1.pdf.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020b) 'Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 Revisi Ke-5', *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, pp. 1–214. doi:10.14710/jkli.18.2.i-iii.
- Keppres 11 (2020) *Keppres No. 11 Tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19, Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat*.
- Permenkes No. 9 (2020) *Tentang Pedoman PSBB*. doi:10.4324/9781003060918-2.
- Snyaolu, A. *et al.* (2020) 'Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19', *Public Health Emergency COVID-19 Initiative*, (June), p. 14. doi:10.1007/s42399-020-00363-4.
- Satgas COVID-19 (2021) *Peta Sebaran*

COVID-19 Indonesia.

Smith, R. (2020) 'Economics of COVID-19: Exploring key issues of impact on the economy', *University of Exeter*, p. 24.

UU No. 24 (2007) *Tentang Penanggulangan Bencana.*

Lampiran

Tabel 5. Tes ANOVA Klaim COVID-19

Klaim RS (Rp)	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model					
Kelompok Usia	2.596E+18	2	1.298E+18	20.01	.00
Residual	3.729E+20	206,855	1.803E+15		
Total	3.755E+20	206,857	1.815E+15		

H0: Difference=0
Ha: Difference≠0

Tabel 6. t-Test Klaim COVID-19 Berdasarkan Kelompok Usia

Klaim RS (Rp 000)	Obs	Mean	E	t-stat
Anak-anak (0-14)	4,630	16,835.38	03.18	
Usia Produktif (15-64)	163,840	29,877.50	103.12	
Combined	178,470	28,808.38	96.49	
Difference		-13,042.10	350.37	-37.22

H0: Difference=0

Ha: Difference≠0

Klaim RS (Rp 000)	Obs	Mean	SE	t-stat
Anak-anak (0-14)	14,630	16,835.38	203.18	
Usia lanjut (65+)	28,388	32,374.76	312.42	
Combined	43,018	27,089.97	220.32	
Difference		-15,539.38	459.00	-33.86

H0: Difference=0

Ha: Difference≠0

Klaim RS (Rp 000)	Obs	Mean	SE	-stat
Usia produktif (15-64)	163,840	29,877.50	03.12	
Usia lanjut (65+)	28,388	32,374.76	312.42	
Combined	192,228	30,246.29	99.28	
Difference		-2,497.25	279.78	8.93

H0: Difference=0

Ha: Difference≠0

Tabel 7. Regresi Multivariate OLS

Logaritma Natural (Klaim RS)	Model I				Model II				Model III			
	Semua periode				Periode Sebelum 15 Ags. 2020				Periode Sesudah 15 Ags. 2020			
	Coef.	SE	t-stat	P>t	Coef.	SE	t-stat	P>t	Coef.	SE	t-stat	P>t
Kelompok usia												
0-14 thn (referensi)												
15-64 thn	0.348	0.008	43.11	0.000	0.307	0.010	29.53	0.000	0.415	.013	32.32	0.000
65+ thn	0.415	0.010	43.35	0.000	0.400	0.013	31.72	0.000	.451	0.015	30.70	0.000
Jenis kelamin												
Perempuan (referensi)												
Laki-laki	0.009	0.004	2.11	0.035	-0.004	0.006	-0.63	0.536	0.021	0.006	3.71	0.000
Tingkat keparahan												
Ringan (referensi)												
Sedang	0.074	0.006	13.23	0.000	0.127	0.008	16.45	0.000	0.003	0.008	0.42	0.674
Berat-Kritis	0.167	0.005	32.72	0.000	0.175	0.007	25.41	0.000	0.146	0.007	119.70	0.000
Kelas RS												
Kelas C&D (referensi)												
Kelas A	-0.007	0.006	-1.15	0.250	0.011	0.009	1.23	0.219	-0.039	0.010	-4.02	0.000
Kelas B	0.080	0.004	18.13	0.000	0.076	0.006	12.30	0.000	0.080	0.006	13.05	0.000
Penggunaan ventilator (hari)	0.094	0.001	68.43	0.000	0.094	0.002	51.67	0.000	0.089	0.002	42.61	0.000
Durasi rawat inap (hari)	0.071	0.000	249.74	0.000	0.065	0.000	186.72	0.000	0.091	0.001	175.58	0.000
Status keluar rumah sakit												
Sembuh (referensi)												
Meninggal	0.239	0.006	37.27	0.000	0.251	0.009	28.54	0.000	0.262	0.009	8.66	0.000
Pedoman												
Revisi Ke - 4 (referensi)												
Revisi Ke - 5	0.325	0.004	77.99	0.000								
Constant	15.304	0.009	1719.01	0.000	15.396	0.011	1351.40	0.000	15.405	0.014	127.91	0.000
N	206,858				119,308				87,550			
r ²	0.29				0.27				0.32			
F-test	7,630.62				4,445.42				4,065.85			