

Tinjauan Tarif INA-CBGs pada Pasien Kasus Infark Miokard Akut di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang Bulan Januari–Juni Tahun 2018

Overview Of INA-CBGs in Case Patients Acute Miocard Infark in RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang In January– June 2018

Faik Agiwahyunto¹, Chyntia Valentinna²

^{1,2} Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan

Universitas Dian Nuswantoro Semarang

e-mail: faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id¹, tiagrobogan@gmail.com²

Abstrak

Dari hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, penyakit jantung adalah penyakit tidak menular tertinggi di Indonesia. Jumlah pasien BPJS Kesehatan dengan kasus serangan jantung di Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Semarang, pada Januari–Juni 2018 adalah 53 pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan dalam tingkat INA-CBGs pada pasien dengan kasus *Acute Myocard Infarct (AMI)* di K.R.M.T. Rumah Sakit Umum Daerah Wongsonegoro Semarang pada semester 1 tahun 2018 (Januari–Juni). Penelitian deskriptif ini dilakukan dengan metode observasi. Objek penelitian adalah laporan indeks penyakit infark miokard akut dan hasil pengelompokan INA-CBGs. Analisis data menggunakan teknik univariat atau persentase. Hasilnya adalah jenis kelas perawatan tertinggi adalah kelas 3 (58,49), kelas 1 tingkat INA-CBGs antara 5.495.300 hingga 14.138.500, kelas 2 antara 4.710.300 hingga 8.410.800, kelas 3 antara 3.925.200 hingga 10.099.000. Saran, rumah sakit harus membuat jalur klinis untuk penyakit infark miokard akut sehingga dokter memiliki pedoman untuk memberikan pengobatan yang tepat, sehingga kualitas dan biaya dapat dikendalikan. Memberikan informasi kepada dokter untuk menulis diagnosa sesuai dengan aturan ICD 10 dan ICD 9 CM.

Kata kunci: Tingkat INA-CBGs, Serangan Jantung, Deskriptif

Abstract

From the results of Riset Kesehatan Dasar in 2013, heart disease is the highest non-communicable disease in Indonesia. The number of BPJS patients with heartattack cases in the K.R.M.T Wongsonegoro Regional Public Hospital Semarang, in January–June 2018 were 53 patients. This study aims to determine the difference in INA-CBGs rates in patients with Acute Myocard Infarct (AMI) cases at K.R.M.T. Wongsonegoro Regional Public Hospital Semarang in semester 1 of 2018 (January–June). This descriptive study is carried out by observation methods. The research object is report of acute myocardial infarction disease index and results of INA-CBGs grouping. Data analysis uses univariate or percentage techniques. The results are highest type of care

class was grade 3 (58.49), class 1 INA-CBGs rates between 5,495,300 to 14,138,500, class 2 between 4,710,300 to 8,410,800, class 3 between 3,925,200 to 10,099,000. Suggestions, the hospitals should make clinical pathways for acute myocardial infarction disease so that doctors have guidelines for providing appropriate treatment, so that quality and costs can be controlled. Giving information to doctors to write diagnoses according to the rules of ICD 10 and ICD 9 CM.

Keywords: INA-CBGs rates, Heart attack, Descriptive.

Pendahuluan

Sumber daya dibidang kesehatan adalah segala bentuk komponen–komponen yang mendukung dan menjadi satu seperti tenaga kesehatan dan sumber dana yang menghasilkan pelayanan kesehatan yang optimal. Standar Kesehatan Nasional (SKN) adalah suatu pedoman dalam penyelenggaraan kesehatan di Indonesia untuk mewujudkan derajat kesehatan yang tinggi untuk masyarakat Indonesia seperti yang dimaksud dalam pembukaan UUD 1945. Seiring berkembangnya zaman, rumah sakit menjadi bagian yang vital bagi kehidupan masyarakat. Kesehatan menjadi faktor paling penting untuk mengukur kemajuan suatu negara, dimana datanya dari rumah sakit yang salah satunya berupa data 10 besar penyakit di rumah sakit tersebut.

Berdasarkan hasil rekapitulasi data penyakit di rumah sakit yang diperoleh dari hasil riset kesehatan dasar Kementerian Kesehatan tahun 2013 bahwa penyakit jantung merupakan penyakit tidak menular nomor 1 di

Indonesia^{1,2,3}. Penyakit jantung atau *Acute Myocard Infark* (AMI) atau sering disebut dengan serangan jantung terjadi jika tidak terdapat suplai oksigen yang baik, dimana suplai oksigen yang baik akan mempengaruhi kinerja jantung manusia, namun jika suplai oksigen tidak tepat maka akan menimbulkan terhambatnya aliran darah bahkan berhentinya aliran darah. Penyakit AMI menurut data dari WHO pada tahun 2012 bahwa penyakit serangan jantung merupakan penyebab kematian utama di dunia. Penyakit ini banyak di derita oleh para lanjut usia, dan tentunya penyakit ini sangat memerlukan pemeriksaan penunjang hingga tindakan bahkan perawatan intensif yang memerlukan biaya tidak sedikit. Pasien AMI yang melakukan perawatan medis di rumah sakit banyak yang menggunakan sistem pembayaran dengan JKN, karena mahalnya pemeriksaan dan tindakan medis^{4,5}.

Rekam medis di rumah sakit merupakan suatu dokumen yang dimiliki oleh pasien dan bersifat sangat rahasia, karena data rekam medis berisi tentang perjalanan penyakit dan pengobatan pasien di rumah sakit tersebut. Pengelola rekam medis di rumah sakit agar bisa tetap terjaga kerahasiaannya diatur dalam aturan Permenkes RI No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis. Dokumen rekam medis di institusi pelayanan kesehatan dikelola oleh tenaga perekam medis dan diatur dalam Permenkes No. 55 tahun 2012 tentang penyelenggaraan perekam medis.

Penyelenggara perekam medis yang dikatakan kompeten apabila sudah menempuh program studi minimal DIII rekam medis dan informasi kesehatan, lulus ujian kompetensi rekam medis dan disumpah oleh PORMIKI dan Dinas Kesehatan^{6,7,8,9,10}.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia telah masuk ulang tahun yang ke-5 (digulirkan sejak tanggal 1 Januari 2014). Permasalahan JKN dari dahulu sampai sekarang masih sama yaitu seputar klaim rumah sakit dan perbedaan tarif layanan antara rumah sakit dan JKN. Permasalahan ini juga

ada kaitannya dengan klaim berdasarkan pelayanan sesuai dengan jenis penyakit, salah satunya penyakit AMI yang merupakan penyakit nomor 1 di Indonesia. JKN adalah sebuah asuransi yang berwujud jaminan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh penjaminan dan perlindungan dihari tua dengan membayar iuran untuk peserta yang mampu dan dibayar atau diberi bantuan pemerintah untuk masyarakat kurang mampu.

Sejak era pelaksanaan JKN pada tahun 2014 di Indonesia seperti Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) secara umum BPJS bertujuan untuk mempermudah masyarakat kurang mampu dalam mengakses pelayanan kesehatan, seiring dengan berjalannya era BPJS saat ini perekam medis semakin dibutuhkan dalam penentuan tarif pelayanan kesehatan pasien, khususnya pada bagian koding penyakit dan tindakan atau prosedur pasien yang dikode dengan ICD-10 volume 1 dan 3 untuk koding penyakit, sedangkan ICD-9 CM untuk penentuan koding tindakan atau prosedur. Pada dasarnya kelengkapan dokumen rekam medis khususnya pada resume medis yang telah dituliskan oleh dokter sangatlah berpengaruh pada ketepatan kode penyakit dan kode tindakan atau prosedur pasien yang nantinya akan berdampak pada penentuan tarif rumah sakit dan tarif dari pihak asuransi kesehatan.

Besar kecilnya tarif INA-CBGs yang muncul di sistem ditentukan oleh diagnosis dan prosedur tindakan medis, kesalahan dalam memberikan kode diagnosis dan kode tindakan juga dapat berpengaruh dalam besar kecilnya tarif yang muncul. Beberapa hal yang menyebabkan besarnya tarif perawatan di rumah sakit lebih tinggi dari tarif INA-CBGs antara lain ketepatan diagnosa utama, belum dituliskan diagnosa sekunder dan tindakan medis pada Dokumen Rekam Medis (DRM), *Length of Stay* (LOS) atau lama dirawat lebih panjang dari perkiraan, harga obat yang

diberikan kepada pasien lebih mahal dan tidak sesuai dengan aturan formularium nasional tahun 2013, pemakaian alat kesehatan yang belum dimasukkan kedalam sistem, tindakan yang diberikan kepada pasien berulang-ulang dan biaya pemeriksaan penunjang belum dimasukkan kedalam sistem.

Dalam era BPJS saat ini jika pasien menginginkan naik kelas dari kelas yang ditentukan oleh BPJS maka pasien tersebut harus bersedia membayar selisih biaya perawatan karena pada dasarnya naik kelas telah menjadi keinginnya dan pasien tersebut wajib membayar biaya naik kelas yang menjadi haknya, hal ini sudah diatur dalam Permenkes No. 4 tahun 2017 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program kesehatan dan telah diperbarui lagi dengan PERMENKES No. 51 Tahun 2018 tentang pengenaan urun biaya dan selisih biaya dalam program jaminan kesehatan. Golongan PBI merupakan masyarakat yang menerima bantuan iuran dari pemerintah, untuk pemeliharaan kesehatannya, sedangkan golongan Non PBI adalah masyarakat yang menggunakan jasa asuransi dengan membayar iuran setiap bulan sesuai kelas perawatan yang di inginkan. Adapun yang membayar preminya bisa mandiri maupun perusahaan tersebut berkuasa^{11,12,13}.

Verifikasi klaim dan perbedaan tarif rumah sakit sangatlah berkaitan, dalam hal ini kelengkapan dokumen rekam medis pasien sangat berdampak dalam proses klaim. Dokumen rekam medis yang telah lengkap akan mempermudah proses *grouping* klaim INA-CBGs dan klaim asuransi untuk dicairkan, sedangkan dokumen rekam medis yang belum lengkap maka akan menghambat proses verifikasi dan keluarnya besar tarif asuransi sehingga akan menimbulkan revisian dan berkas klaim dikembalikan. Dalam keadaan seperti ini tentunya akan menghambat pencairan dana dan pemasukan bagi rumah sakit. Seorang rekam medis yang bekerja

sebagai verifikator klaim sangat berpengaruh dalam kelengkapan klaim tersebut^[14,15,16,17,18].

Rumah sakit adalah sebuah pelayanan kesehatan yang mempunyai beberapa komponen secara lengkap seperti dokter, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan kesehatan lainnya yang mempunyai visi dan misi untuk mencapai penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu. Institusi pelayanan kesehatan ini menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, sebagaimana yang telah tertera pada Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang akreditasi rumah sakit. Pencapaian standar akreditasi rumah sakit tahun 2018, bahwa rumah sakit sangat memerlukan tenaga perekam medis sebagai bagian yang mengelola data pasien, administrasi pasien, hingga menentukan cara bayar dan besar jumlah tarif perawatan pasien. RSUD K.R.M.T Wongsonegoro masuk kedalam rumah sakit tipe B yaitu rumah sakit yang telah memberikan pelayanan kepada pasien berupa pelayanan poli spesialis dan subspesialis terbatas, rumah sakit tipe B terdapat disetiap ibukota provinsi yang menampung rujukan dari rumah sakit kabupaten/kota ataupun rumah sakit tipe C^{3,7}.

Pada survei awal penelitian, didapatkan informasi bahwa pengguna BPJS PBI maupun NON PBI pada kasus penyakit *Acute Myocard Infark* (AMI) periode triwulan Januari–Maret ini masih lebih banyak dibanding dengan pasien yang biaya sendiri/*Out Of Pocket* yaitu sebesar 48,6% pasien peserta BPJS NON PBI, 40,3% pasien peserta BPJS PBI, sedangkan pasien yang membayar dengan biaya sendiri/*Out Of Pocket* hanya 11,1%. Besarnya biaya perawatan untuk penyakit *Acute Myocard Infark* (AMI) ini menyebabkan banyak pasien yang menderita penyakit ini lebih memilih untuk menggunakan jasa asuransi kesehatan (JKN). Didapatkan sampel data rincian biaya dari salah satu pasien dengan LOS selama 8 hari yaitu biaya INA-CBGs sebesar Rp 8.410.800,00 dan tarif

rumah sakit sebesar Rp 8.144.763,00. Di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro penyakit *Acute Myocard Infark* (AMI) masuk ke dalam 10 besar penyakit yaitu pada urutan nomor 7 berdasarkan jumlah pasien rawat inap dan berdasarkan diagnosa.

Penelitian tentang tinjauan perbedaan tarif INA-CBGs juga telah dilakukan di beberapa Rumah Sakit namun untuk kasus penyakit *Acute Myocard Infark* (AMI) dengan periode triwulan Januari–Maret belum pernah dilakukan. Perbedaan terdapat pada macam-macam kasus penyakit, periode pengambilan data, serta tempat penelitian. Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti ingin mengetahui tinjauan perbedaan tarif INACBGs pada kasus penyakit *Acute Myocard Infark* (AMI). Rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana tinjauan perbedaan tarif INA-CBGs pada pasien kasus *Acute Myocard Infark* (AMI) di RSUD Wongsonegoro Kota Semarang periode Semester I (Januari–Juni 2018)?” Tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui tinjauan perbedaan tarif INA-CBGs pada pasien kasus *Acute Myocard Infark* (AMI) di RSUD Wongsonegoro Kota Semarang periode Semester I (Januari–Juni 2018).

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan metode observasi. Pengambilan data dilakukan dengan cara observasi yaitu mencatat hasil rekam medis, sistem *casemix* dan tarif INACBGs pada pasien AMI. Data yang telah diperoleh dari hasil observasi dianalisis dengan cara menghubungkan agar saling menguatkan data. Analisis data menggunakan analisis univariat atau persentase^{19,20,21}.

Hasil

Berdasarkan hasil observasi diperoleh hasil bahwa umur pasien dengan kasus AMI pada periode Januari–Juni 2018, pasien yang

dirawat dengan jumlah terbanyak adalah kelompok umur 41–60 tahun (62%).

Jenis kelamin pasien penderita AMI yang paling banyak adalah pasien dengan jenis kelamin laki–laki sebesar 34 pasien (64%). Kondisi pulang pasien penderita AMI yang paling banyak adalah berobat jalan sebanyak 30 pasien (56%). Lama dirawat pasien AMI paling banyak memiliki lama dirawat adalah 7 hari sebanyak 10 pasien (18,86%).

Diagnosa sekunder pada pasien kasus AMI terbanyak adalah penyakit *Insulin dependent diabetes mellitus without complications* sebanyak 8 pasien (15%). Penyakit *Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications* sebanyak 5 pasien (9,5%).

Terdapat 51 pasien (98%) kasus AMI yang tidak mendapat tindakan. Tindakan dilakukan pada pasien kasus AMI adalah *Injection of therapeutic substance into joint or ligament* dan *Transfusion of packed cells* sebanyak 1 pasien (1%).

Pada pasien kasus AMI memiliki tingkat keparahan I (Ringan) paling banyak yaitu sebesar 39 pasien (73,58%). Pasien kasus AMI banyak yang menempati kelas perawatan kelas 3 dengan sebanyak 31 pasien (58,49%).

Tarif INA-CBGs pada kelas 1 berkisar antara 5.495.300 s/d 14.138.500. Untuk perbedaan tarif INA-CBGs tidak dipengaruhi oleh lama dirawat. Diketahui di kelas perawatan yang sama dan tingkat keparahan sama bahwa ada tidaknya diagnosa sekunder tidak mempengaruhi tarif INA-CBGs.

Tarif INA-CBGs pada kelas 2 berkisar antara 4.710.300 s/d 8.410.800. Diketahui tarif INA-CBGs pada pasien AMI di kelas perawatan 2 dan tingkat keparahan 1 sebesar 4.710.300 dan di kelas perawatan 2 dengan tingkat keparahan 2 sebesar 8.410.800. Ada tidaknya diagnosa sekunder dan diagnosa lain tidak mempengaruhi besar tarif INA-CBGs.

Tarif INA-CBGs pada kelas 3 berkisar antara 3.925.200 s/d 10.099.000. Untuk perbedaan tarif INA-CBGs tidak dipengaruhi

oleh lama dirawat. Diketahui pada kelas perawatan yang sama dan tingkat keparahan sama, ada tidaknya diagnosa sekunder tidak mempengaruhi besar tarif INA-CBGs.

Pembahasan

Karakteristik umur pasien dengan pasien terbanyak pada kelompok umur 41-60 tahun (62,26%). Hal ini terjadi karena peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk kinerja jantung. Pada usia lanjut lebih sering jantung tidak mendapat suplai oksigen yang baik, dimana suplai oksigen yang baik akan mempengaruhi kinerja jantung manusia dikarenakan penumpukan lemak.^{4,14}

Karakteristik jenis kelamin terbanyak yaitu laki-laki sebanyak 34 orang (64%). Hal ini terjadi karena jenis kelamin laki-laki tidak memiliki hormon estrogen yang mana mampu melindungi dari penyakit jantung sampai umur pertengahan beda halnya dengan jenis kelamin perempuan yang memiliki hormon tersebut.^{4,14}

Karakteristik kondisi pulang terbanyak yaitu berobat jalan sebanyak 30 pasien (56,60%). Hal ini terjadi karena pengobatan penyakit jantung masih memerlukan perawatan secara berkala.

Kasus AMI LOS adalah lama perawatan di rumah sakit yang telah diterima oleh pasien, dari mulai pasien masuk hingga keluar rumah sakit. Diketahui lama dirawat pasien AMI terbanyak yaitu 7 hari sebanyak 10 pasien (18,86%). Lama perawatan yang paling ideal adalah 7 hari karena penyakit jantung sangat memerlukan perawatan khusus, jika pasien diketahui terdapat penyakit lainnya maka akan menambah lama perawatannya.

Diagnosa utama didapatkan dari indeks penyakit pasien dan juga hasil *grouping*. Berdasarkan hasil obserasi pada penelitian ini, penulis mengambil seluruh populasi dengan diagnosa utama *Infark Miokard Akut*.

Diagnosa sekunder yang diketahui dari hasil observasi terbanyak yaitu penyakit

Insulin-dependent diabetes mellitus without complications sebanyak 8 pasien (15%) dan disusul dengan penyakit *Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications* sebanyak 5 pasien (9,5%).

Tindakan yang dilakukan pada pasien kasus AMI adalah *Injection of therapeutic substance into joint or ligament* yaitu sebanyak 1 pasien (1%). Kemudian terdapat tindakan *Transfusion of packed cells* sebanyak 1 orang (1%). Pada kasus AMI ini banyak pasien tidak mendapat tindakan yaitu 51 pasien (98%).

Pada pasien kasus AMI memiliki tingkat keparahan I (Ringan) paling banyak sebesar 39 pasien (73,58%). Tingkat keparahan II (Sedang) sebanyak 10 pasien, tingkat keparahan III (Berat) sebanyak 4 pasien. Tingkat keparahan berat diketahui karena pasien memiliki beberapa diagnosa sekunder dan diagnosa lain sehingga mendapat tindakan.

Pasien kasus AMI banyak yang menempati kelas perawatan kelas 3 sebanyak 31 pasien (58,49%). Kelas perawatan itu sendiri ditentukan dari besar iuran yang dilakukan oleh pasien dalam sistem JKN.

Tarif INA-CBGs pasien kasus AMI bervariasi. Tarif tersebut dibedakan berdasarkan kelas perawatan, diagnosa sekunder dan tingkat keparahan. Tarif INA-CBGs pada pasien kelas I berkisar dari 5.495.300 s/d 14.138.500. Kasus dengan tingkat keparahan I (Ringan) yang disertai diagnosa sekunder maupun tidak dengan diagnosa sekunder memiliki tarif INA-CBGs sama yaitu sebesar 5.495.300. Dari hal ini dapat diketahui ada tidaknya diagnosa sekunder tidak mempengaruhi tarif INA-CBGs selama tingkat keparahannya sama. Pada tingkat keparahan II (Sedang) dengan disertai diagnosa sekunder memiliki tarif INA-CBGs sebesar 9.812.600. Tarif INA-CBGs pada pasien kasus AMI dengan tingkat keparahan III (Berat) yang disertai diagnosa sekunder dan tindakan sebesar 14.138.500. Diketahui besar lama perawatan tidak

mempengaruhi besar tarif INA-CBGs. Tarif INA-CBGs pasiendengan kasus AMI pada kelas II berkisar antara 4.710.300 s/d 8.410.800.

Kasus dengan *severity level I* (Ringan) yang disertai diagnosa sekunder maupun tidak disertai diagnosa sekunder memiliki tarif INA-CBGs sebesar 4.710.300, pada severity level II (Sedang) dengan diagnosa sekunder memiliki tarif INA-CBGs sebesar 8.410.800. Diketahui pada kelas perawatan yang sama dan tingkat keparahan yang sama, ada tidaknya diagnosa sekunder dan lama dirawat tidak mempengaruhi tarif INA-CBGs. Hasil penelitian Fitriana bahwa tingkat keparahan level 1, tarif Rumah Sakit lebih tinggi dari tarif INA CBG'S (78,33%).^[14] Hasil penelitian Tobing bahwa tidak adanya hubungan antara biaya perawatan dengan hasil perawatan pasien ICU post operasi dengan nilai $p = 0,144$ dan $r = 0,226$ ($p>0,05$ tidak signifikan)²².

Tarif INA-CBGs pasien dengan kasus AMI pada kelas III berkisar antara 3.925.200 s/d 10.099.000. Kasus dengan severity level I (Ringan) yang disertai diagnosa sekunder maupun tidak dengan diagnosa sekunder memiliki tarif INA-CBGs sebesar 3.925.200. Dari hal ini dapat diketahui ada tidaknya diagnosa sekunder tidak mempengaruhi tarif INA-CBGs selama tingkat keparahannya sama. Pada severity level II (Sedang) tarif INA-CBGs sebesar 7.009.000. Pada kasus dengan tingkat keparahan III (Berat) tarif INA-CBGs sebesar 10.099.00. Penelitian Mawaddah bahwa berdasarkan kode E-4-10-I tarif riil lebih rendah daripada tarif INA CBG'S sebesar Rp 685,400, kode E-4-10-II tarif riil lebih rendah sebesar Rp 2,263,730 dan kode E-4-10-III tarif riil lebih tinggi sebesar Rp 1,229,940²³. Penelitian Sari bahwa keparahan I (E-4-10-I) nilainya sebesar Rp 5.325.126,00 (selisih positif), keparahan II (E-4-10-II) sebesar -Rp 22.411,00 (selisih negatif) dan keparahan III (E-4-10-III) sebesar -Rp 3.038.240,00 (selisih negatif)²⁴.

Kesimpulan

Pada kasus *Infark Miocard Akut*, tarif INA-CBGs pada kelas 3 berkisar antara 3.925.200 s/d 10.099.000. Untuk kelas 2 tarif INACBGs pasien kasus *Infark Miocard Akut* berkisar antara 4.710.300 s/d 8.410.800. Tarif INA-CBGs pasien kelas 1 berkisar antara 5.495.300 s/d 14.138.500. Ada tidaknya diagnosa sekunder tidak mempengaruhi tarif INACBGs.

Saran

1. *Clinical Pathway* untuk penyakit Infark Miocard Akut agar dokter mempunyai pedoman untuk memberikan tindakan dan pengobatan yang tepat agar kendali mutu dan kendali biaya terjaga.
2. Memberi pelatihan kepada dokter untuk memahami nama penyakit dan penulisan sesuai ICD 10 dan ICD 9 CM.
3. Dibuatkan singkatan baku untuk nama-nama penyakit.

Daftar Pustaka

1. Siswati S., 2013. *Etika dan Hukum Kesehatan dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan*. Depok : PT Raja Grafindo Persada.
2. Sadi IM., 2015. *Etika dan Hukum Kesehatan*, Jakarta : Prenadamedia Group.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*, Jakarta.
4. Maulana M., 2015. *Penyakit Jantung*. Yogyakarta : Katahati.
5. Mansjoer A. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang *Rekam Medis*. Jakarta.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 Tentang *Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis*. Jakarta.
8. Sabarguna BS., 2008. *Manajemen Kinerja Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta. CV Sagung Seto.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman *INA-CBG's*

- dalam Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Program Kesehatan. Jakarta.
 11. BPJS. 2014. *Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim*. Jakarta : Direktorat Pelayanan.
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS. Jakarta.
 13. Joewono BS. 2003. *Ilmu Penyakit Jantung*. Surabaya : Airlangga University Press (AUP).
 14. Fitriana A., 2016. Tinjauan Tarif INA-CBG's Pasien Kasus Bedah di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Mayong Jepara. *Karya Tulis Ilmiah*. Semarang: Fakultas Kesehatan Dian Nuswantoro.
 15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis INACBG's. Jakarta.
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta.
 17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta.
 18. Agiwhayuanto F., 2016. Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional Pelayanan (JKN) Dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) di RSUD Kota Semarang. *Tesis*. Semarang: Fakultas Kesehatan dan Keperawatan Undip.
 19. Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung : CV. Alfabeta.
 20. Arikunto S., 2012. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
 21. Permenkes Nomor 51 tahun 2018 tentang ketentuan naik kelas pasien BPJS. Jakarta.
 22. Tobing A., 2013. Analisis Hubungan Biaya Perawatan dan Hasil Perawatan Pasien Surgical di Ruang Rawat Intensif ICU RSUP dr. Kariadi tahun 2013. *Artikel Penelitian*. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponeoro.
 23. Mawaddah A.I., 2016. Analisis Perbedaan Pembiayaan Berbasis Tarif INA-CBG's dengan Tarif Riil Rumah Sakit pada Pasien Peserta JKN Kasus Diabetes Mellitus Tipe II Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit Kalisat Jember Periode Januari–Juni 2015. *Skripsi*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
 24. Sari RP., 2013. Perbandingan Biaya Rill dengan Tarif Paket INA CBG's dan Analisis Faktor yang Mempengaruhi Biaya Rill pada Pasien Diabetes Mellitus Rawat Inap Jamkesmas di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta Periode Juli 2010–Mei 2012 *Tesis*. Yogyakarta: Program Ilmu Farmasi Universitas Gajah Mada.