

Mencari Titik Keseimbangan Tarif INACBGs Versus Tarif Rumah Sakit

*Indupurnahayu*¹, Renea Shinta Aminda², Renny Rahayu³*

^{1,2}Universitas ibn Khaldun, Indonesia

³Rumah Sakit Medika, Indonesia

* Corresponding author e-mail: indupurnahayu@uika-bogor.ac.id

Kesehatan masyarakat yang menjadi tujuan Pemerintah dalam memberikan pelayanan, dalam pelaksanaannya, masih belum optimal. walaupun JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sudah dilakukan kurang lebih 5-6 tahun lalu masih sering dijumpai ketidak seimbangan antara tarif (INA-CBGs) dengan tarif Rumah Sakit yang dirujuk pasien. Berdasarkan data dan kondisi empiris tersebut maka tujuan penelitian ini untuk mencari keseimbangan versus tarif INA_CBGs pasien rawat inap suatu kasus penyakit. Hasil penelitian menunjukkan adanya ketidak seimbangan jumlah tarif pada pasien rawat inap. Temuan bahwa perbedaan ini timbul karena pihak INA-CBGs hanya menetapkan biaya dasar untuk suatu penyakit yang diderita pasien, sedangkan Rumah Sakit menghitung biaya lain sesuai dengan tindakan lanjut dari pasien tersebut. Perbedaan selisih negative dimana Rumah Sakit membebankan biaya lebih besar dari tarif INA-CBGs. Sehingga terjadi selisih negative yaitu tarif BPJS lebih kecil dari tarif rumah sakit sehingga rumah sakit akan menanggung beban. Solusi mengatasi atau menutupi selisih negative maka sesuai ketentuan dan rumah sakit dapat menambahkan margin dari setiap tindakan pasien yang dirawat inap. Melakukan rekonsolidasi dengan mengakomodasi melalui konfirmasi dua arah BPJS kesehatan dan pihak Rumah Sakit untuk menemukan keseimbangan yang transparan, dan pelayanan yang prima.

Kata kunci : titik kesimbangan, tarif INA-CBGs , tarif Rumah Sakit

PENDAHULUAN

Salah satu bentuk usaha nir laba yang terus berkembang dan berinovasi adalah usaha jasa dibidang kesehatan yaitu rumah sakit. Perkembangan jasa rumah sakit merupakan suatu bukti respon pemerintah dan swasta terhadap permintaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memuaskan pelanggan, Dalam upaya untuk membangun dan mengembangkan fasilitas Rumah sakit sehingga memenuhi permintaan masyarakat timbul persaingan dalam memberikan jasa kesehatan.

BPJS Ketenagakerjaan merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan

Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014. Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014.

BPJS Kesehatan sebelumnya bernama Askes (Asuransi Kesehatan), yang dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero), namun sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. Askes Indonesia berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014.

Dalam implementasinya, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mengatur pola pembayaran fasilitas kesehatan tingkat lanjutan

melalui mekanisme Indonesia Case Based Group (INA_CBGs) sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA_CBGs Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Berdasarkan data dan kondisi empiris tersebut maka penelitian ini dilakukan untuk dapat menjawab perhitungan penetapan tarif INA_CBGs pada pasien rawat inap dan rawat jalan, mengkonfirmasi besaran dasar penetapan tarif INA_CBGs, dan menghitung serta menganalisis formulasi dalam penyelesaian selisih perhitungan Tarif INA_CBGs dan BPJS.

Adapun komparasi penghitungan perbedaan tarif INA_CBGs dan tarif Rumah Sakit difokuskan pada penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). Berdasarkan data Kementerian Kesehatan pada tahun 2019, jumlah kasus demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue pada bulan Februari 2019 sebanyak 16.692 kasus dengan 169 kasus meninggal dunia. Jumlah ini meningkat dibandingkan bulan sebelumnya, yaitu

sebanyak 13.683 kasus dengan 133 kasus meninggal dunia.

Capaian dan luaran yang diharapkan dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan formulasi praktis dan model alternatif perhitungan perbedaan tarif yang ideal bagi rumah sakit dalam mengatasi selisih negative.

TINJAUAN PUSTAKA

Sutomo (2003), penetapan tarif dapat dilakukan dengan menghitung anggaran biaya variabel rata-rata yang ditambah dengan presentase tertentu dan dapat juga dilakukan dengan taksiran biaya penuh yang ditambah dengan nilai perolehan laba yang diinginkan. Menurut Trisnantoro (2004), tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan.

Dalam pelaksanaan JKN, INA_CBG's) menjadi metode pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) (Pasal 39 ayat (3) Perpres No 12 Tahun 2013). Dengan kata lain sistem pembayaran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL (fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut) adalah berdasarkan tarif INA-CBGs.

Pembayaran INA-CBGs adalah pembayaran yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit (Pasal (1) PMK No 69 tahun 2013). Pembayaran ini dikembangkan dari sistem bauran kasus

(casemix) dengan mengelompokan diagnosis dan prosedur dengan ciri klinis serta biaya yang sama/mirip dan pengelompokannya dilakukan dengan menggunakan grouper. Implementasi pembayaran INA_CBGs dilaksanakan di rumah sakit kelas A, B, C, D, serta rumah sakit umum dan rumah sakit khusus rujukan nasional (Pasal 4 PMK No 69 tahun 2013). INA_CBGs merupakan sistem pembayaran berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA_CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Tarif INA-CBG's dalam program JKN berbasis pada data costing 137 RS Pemerintah dan RS Swasta serta data coding 6 juta kasus penyakit. Ada sejumlah aspek yang mempengaruhi besaran biaya INA_CBG's, yaitu diagnosa utama, adanya diagnosa sekunder berupa penyerta (comorbidity) atau penyulit (complication), tingkat keparahan, bentuk intervensi, serta umur pasien. PMK 85/2015 Pasal 4 ; Rumah Sakit Swasta bebas menentukan tarif di rumah sakit selama mendapatkan persetujuan dari pemilik rumah sakit.

Tarif INA_CBG's dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yaitu suatu rangkaian perawatan pasien sampai selesai. Dengan pola INA_CBG's, paket pembayaran sudah termasuk: 1) konsultasi dokter, 2) pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium,

radiologi (rontgen), dll, 3) obat Formularium Nasional (Fornas) maupun obat bukan Fornas, 4) bahan dan alat medis habis pakai, 5) akomodasi atau kamar perawatan, 6) biaya lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien. Komponen biaya yang sudah termasuk ke dalam paket INA_CBG's, tidak dibebankan kepada pasien.

Penerimaan rumah sakit dari pelayanan kesehatan terhadap pasien menjadi sumber pembiayaan utama bagi rumah sakit, dan menjadi hal yang sangat penting dalam pengelolaan operasional rumah sakit.

Clinical pathway adalah alur yang menunjukkan secara detail tahap-tahap penting dari pelayanan kesehatan termasuk hasil yang diharapkan. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa clinical pathway menggambarkan proses mulai dari penerimaan pasien sampai pasien sembuh dan pulang (Puti Aulia Rahma, 2013). Clinical pathway merupakan standar pelayanan minimal dan memberikan pelayanan yang baik dan tepat waktu.

Penelitian Fika Edya (2017) menunjukkan bahwa dari 10.804 kasus pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan selama tahun 2016, terdapat selisih tarif negatif yang menggambarkan tarif rumah sakit lebih besar dari pada pembayaran tarif INA_CBGs dan selisih tarif positif yang menggambarkan tarif rumah sakit lebih kecil dari tarif INA_CBGs. Selisih negatif terdapat pada kasus-kasus bedah

yang melibatkan tindakan medis operatif. Besaran tarif INA_CBGs dipengaruhi oleh diagnosa utama, diagnosa sekunder dan severity level kasus pasien. Sedangkan komponen tarif rumah sakit seperti obat, akomodasi, dan pemeriksaan penunjang secara umum tidak berpengaruh. Hasil penelitian sebelumnya, yang dilakukan Yohana Susanti (2019) menunjukkan adanya tarif berbeda antara yang ditetapkan rumah sakit dengan tarif INA-CBGs. Selisih positif pada pihak rumah sakit, sementara selisih negatif terjadi pada spesialis bedah. Faktor yang menyebabkan perbedaan tarif berdasarkan penelitian tersebut adalah standar tarif riil RS dan ketepatan pengkodean. Hasil yang berbeda diperoleh dari penelitian yang dilakukan Sandra dkk (2015). Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa RS mencatat cost recovery rate sebesar 93%. Artinya rumah sakit memperoleh keuntungan 7% dengan menggunakan tarif INA_CBG's.

Menurut Hanevi Djasri (2016), untuk menyusun clinical pathway, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Pembentukan tim terdiri dari staf multidisplin dan bisa bekerjasama dengan konsultan yang ditunjuk untuk melaksanakan langkah-langkah penyusunan clinical pathway.
2. Identifikasi key players.
3. Focus group dengan key players bersama dengan pelanggan internal dan eksternal

4. Pelaksanaan site visit di rumah sakit. Tujuannya untuk memahami, menilai system pelayanan dan menjelaskan implementasi clinical pathway. Dan melakukan identifikasi dengan site visit internal atau site visit eksternal
5. Studi literatur.
6. Focus Group Discussion (FGD) untuk mengenal kebutuhan pasien (internal dan eksternal) yang disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit dan menilai kepuasan pelanggan
7. Penyusunan pedoman klinik dengan mempertimbangkan hasil site visit, dan membuat prosedur pelayanan agar pasien untuk mengetahui pelayanan yang diberikan rumah sakit
8. Analisis bauran kasus tujuannya untuk menyediakan informasi pada saat sebelum dan setelah diterapkan clinical pathway. Misalnya length of stay, biaya per kasus, obat-obatan yang digunakan, tes diagnosis, tindakan yang dilakukan, praktisi klinis yang terlibat.
9. Menetapkan sistem pengukuran proses dan outcome.
10. Mendesain dokumentasi clinical pathway. Penyusunan dokumentasi clinical pathway perlu memperhatikan format clinical pathway, ukuran kertas, tepi dan perforasi untuk filing. Perlu diperhatikan bahwa

penyusunan dokumentasi ini perlu mendapatkan ratifikasi oleh Instalasi Rekam Medik untuk melihat kesesuaian dengan dokumentasi lain.

Berdasarkan uraian di atas, bentuk kebaharuan yang akan dihasilkan dalam penelitian ini adalah menganalisis secara mendalam mengetahui factor utama apa sajakah yang akan mempengaruhi penetapan Tarif INA_CBGs, dan kemudian memiliki formulasi model alternative praktis perhitungan perbedaan tarif

RESEARCH METHODS

3.1 Tempat dan Jenis Penelitian

Objek Penelitian di Rumah Sakit Medika Dramaga yang beralamat di Jalan Raya Dramaga KM. 73 Kelurahan Marga Jaya Bogor Barat, waktu penelitian dilakukan pada bulan April sampai dengan Juli 2020, jenis penelitian observasional dengan desain penelitian analitik deskriptif. Pengambilan data dilakukan secara cross sectional retrospektif dengan mencatat hasil rekam medik, pembiayaan tarif riil rumah sakit, klaim pembiayaan INA_CBG's pasien rawat inap yang menjalani perawatan rawat inap periode Januari-Desember 2018. Data yang diperoleh dianalisis sesuai metode deskriptif dan kuantitatif.

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis pasien JKN yang di rawat inap dan rawat jalan selama tahun 2018. Dari jumlah penyakit yang ada, penyakit demam berdarah adalah penyakit terbesar kedua di Rumah Sakit Medika dan memiliki resiko tinggi dengan kematian bagi yang mengalami rawat inap. Data menunjukkan terjadinya perbedaan selisih tarif yang ditetapkan Rumah sakit dengan tarif JKN terhadap pasien penderita penyakit demam berdarah ini. Teknik investigasi ilmiah yang dilakukan peneliti adalah melakukan wawancara dan review biaya yang dikeluarkan Rumah Sakit untuk setiap treatment yang diberikan pada pasien dengan tarif yang ditetapkan JKN .

3.3 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang dilakukan adalah secara observasional dilakukan dengan menggunakan instrument penelitian berkas rekam medis pasien dan variabelnya adalah Tarif riil rumah sakit dan tarif INA_CBGs dari BPJS. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan data primer dan data sekunder kemudian diolah dan di analisis terhadap tiap variabel yang ada kemudian disajikan dalam bentuk visualisasi tabel dan grafik.

3.3 Analisis Data ‘

Data yang diperoleh dari rumah sakit untuk pasien rawat inap dan pasien rawat jalan

pada tahun 2018 disajikan secara visual berdasarkan kronologis bulan dan jenis pentapan tariff (Lihat Tabel 1).

Selama tahun 2018 jumlah pasien yang

Table 1. Rekapitulasi Jumlah Pasien dan Biaya BPJS

Tahun 2019

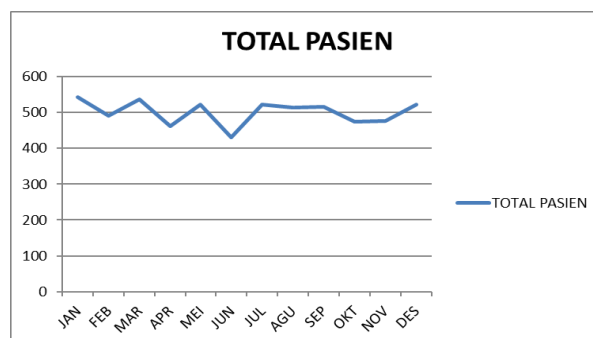
Bulan	Total Pasien	Juta (Rp)		
		INA_CB Gs	Total RS	Selisih
JAN	544	2.052,5	2.817,3	(764,8)
FEB	492	1.958,9	2.715,5	(756,7)
MAR	536	2.169,2	2.916,4	(747,2)
APR	461	1.780,0	2.466,5	(686,5)
MEI	522	2.090,4	2.773,9	(683,5)
JUN	431	1.762,8	2.388,7	(625,9)
JUL	522	2.141,0	2.919,8	(778,9)
AGU	513	2.113,3	2.961,9	(848,6)
SEP	517	2.170,6	2.947,0	(776,4)
OKT	474	2.015,2	2.692,2	(677,0)
NOV	476	2.021,9	2.665,3	(643,4)
DES	522	2.167,6	2.875,5	(708,0)
JUMLAH	6010	24.443,5	33.140,3	(8.696,8)

dirawat mulai bulan Januari sampai Desember terjadi penurunan begitu juga dengan selisih jumlah uang yang dibayarkan tidak sesuai dengan yang dibayarkan BPJS. Tarif yang dikenakan BPJS berdasarkan standar pengobatan pada pasien demam berdarah yang di rawat inap tanpa ada indikasi penyakit lain

artinya penyakit yang dengan gejala normal. Sedangkan pihak Rumah Sakit menetapkan tarif sesuai dengan unit cost perawatan inap yang standar penyakit tanpa ada gejala lain dengan menggunakan fasilitas penentu lain seperti lab dan penggunaan obat dan lain-lain. Maka muncul ketidak seimbangan atau selisih kurang bayar karena jumlah yang dibayarkan BPJS dibawah tarif Rumah Sakit.

Tabel.1 memberikan ringkasan komprehensif dari total jumlah tagihan untuk pasien pemegang system JKN semua jenis penyakit. Jumlah pasien rawat inap tahun 2018 sebanyak 6055 orang, jumlahnya berfluktuasi antar bulan. Jumlah pasien tertinggi adalah sebanyak 544 orang dibulan Januari dengan selisih biaya negative yang harus dibayar Rumah Sakit sebesar Rp. 764,8 Juta. Sementara selisih biaya negative tertinggi terjadi pada bulan Agustus, yaitu sebesar Rp. 848,6 juta dengan jumlah pasien sebanyak 513 orang. Terjadi perbedaan yang negative yang cukup besar selama tahun tersebut yaitu sebesar 8.696.8 M menjadi beban rumah sakit

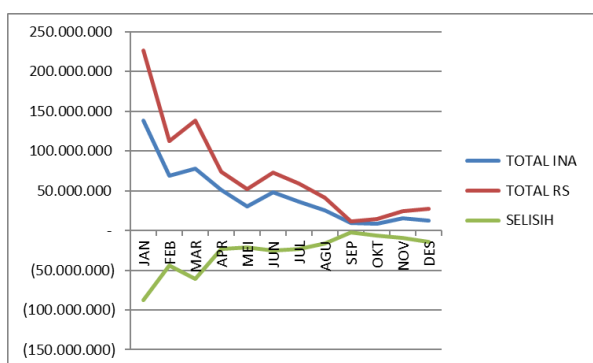
grafik 1. Jumlah pasien rawat inap 2019



**REKAP CLAIM PASIEN BPJS
TAHUN 2018 RANAP INAP**

BULAN	TOTAL PASIEN	TOTAL INA	TOTAL RS	SELISIH
JAN	488	2.034.944.300	2.639.535.597	(604.591.297)
FEB	446	1.851.253.800	2.501.119.923	(649.866.123)
MARET	527	2.259.988.600	2.930.851.715	(670.863.115)
APRIL	555	2.301.184.200	3.083.120.527	(781.936.327)
MEI	607	2.428.443.800	3.229.875.998	(801.432.198)
JUNI	452	1.847.884.800	2.440.278.857	(592.394.057)
JULI	510	2.113.738.100	2.746.358.489	(632.620.389)
AGUSTUS	504	2.087.879.800	2.943.077.804	(855.198.004)
SEPTEMBER	435	1.787.746.900	2.413.162.357	(625.415.457)
OKTOBER	538	2.251.548.000	3.268.994.245	(1.017.446.245)
NOVEMBER	500	2.214.876.700	3.070.238.218	(855.361.518)
DESEMBER	493	1.940.506.200	2.819.431.582	(878.925.382)
TOTAL	6.055	25.119.995.200	34.086.045.312	(8.966.050.112)

Grafik 2. Selisih Total Tarif INA_CBGs dan Total Tarif RS (data bulanan tahun 2019)



Sumber : hasil Pengolahan data peneliti

Grafik diatas menunjukkan terjadinya ketidak seimbangan antara pengeluaran rawat inap berdasarkan perhitungan Rumah sakit (grafik garis merah) dengan klaim yang dibayarkan oleh INA-CBGs untuk pasien rawat inap. Garis negatif dengan warna hijau menggambarkan besaran kewajiban biaya yang

harus ditanggung oleh rumah sakit (negative recovery rate).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil konsultasi dilapangan bahwa besaran tarif berdasarkan INA_CBGs pada pasien rawat inap dibandingkan dengan tarif rawat inap berdasarkan tarif RS terjadi selisih minus (*negative recovery rate*) artinya Tindakan yang dilakukan RS untuk pasien tidak semua di cover oleh INA_CBGs. Data Administrasi Keuangan RS Medika menunjukkan bahwa untuk perawatan inap tahun 2019 sejumlah 8.696,8 jt harus di cover oleh Rumah sakit. Pasien yang dirawat dengan DBD sesuai dengan daya tubuh dan penyakit bawaan pasien. Perbedaan yang terjadi pihak BPJS hanya membayarkan biaya perawatan yang minimal, sedangkan rumah sakit mengeluarkan biaya sesuai dengan nilai tindakan dari pasien. hasil wawancara menunjukkan terjadinya perbedaan sinergy dimungkinkan karena sifat layanan kesehatan yang berbeda dan unik antar individu. Perbedaan juga terjadi pada rawat inap dan karena adanya comorbidity yang membutuhkan treatment yang tidak tercover dalam system JKN.

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.

Fenomena masih terjadinya ketidakseimbangan tarif antar pentapan tarif INA_CBGs dengan tarif yang ditetapkan Rumah Sakit masih terus terjadi, meskipun perjalanan BPJS Kesehatan melalui system JKN sudah dilaksanakan kurang lebih 5- 6 tahun berjalan. Analisis review biaya dan

Jika ini terus terjadi tidak ada keseimbangan dalam pembayaran dan terus berlanjut. Sehingga penanganan untuk mereduksinya harus menjadi prioritas penyelesaian.

5.2 Saran.

Berdasarkan hasil review analisis biaya dan wawancara dengan dokter dan ahli, penelitian mengajukan beberapa solusi untuk meminimalisir ketidakseimbangan antara rawat inap tarif INA_CBGs dengan tarif Rumah Sakit sebagai berikut:

Menghitung Kembali terjadinya ketidakseimbangan biaya biaya yang dikenakan dalam tarif yang ideal bagi rumah sakit

Mengatasi atau menutupi selisih negative maka sesuai ketentuan dan rumah sakit dapat menambahkan margin dari setiap tindakan pasien yang dirawat inap.

Melakukan rekonsolidasi dengan mengakomodasi melalui konfirmasi dua arah

BPJS kesehatan dan pihak Rumah sakit untuk menemukan keseimbangan yang transparan.

Rumah sakit dapat menghitung tarif dengan menambah margin untuk tarif tersebut.

Ucapan Terima Kasih.

Peneliti mengucapkan terima kasih pada RISTEKDIKTI yang memberikan Dana penelitian Hibah tahun 2020, sehingga penelitian ini bisa terlaksana dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA.

- Aryu Chandra, (2010), Demam Berdarah Dengue: Epidemiologi, Patogenesis, dan Faktor Risiko Penularan
- BPJS Kesehatan (2013), Buku Saku FAQ (Frequently Asked Question),
- Cicilia Paat dkk, (2017), Analisis Pelaksanaan Clinical Pathway di RSUP Prof Dr.R.D Kandou Manado
- Destanul Aulia, Sri Fajar Ayu, Nur Hidayah Nasution, (2017) Analisis Upaya Rumah sakit dalam menutupi kekurangan biaya Klaim Indonesia Case Base Group (INA-CBGs) yang dihitung dengan metode Activities Base Costing pada Rumah Sakit Swasta kelas C di kota Medan
- Juliansyah Noor, (2013), Analisis data Penelitian Ekonomi dan Manajemen
- Puti Aulia Rahma, MPH, (2013). Majalah Dental & Dental edisi Januari-Februari

- Hanevi Djasri, (2016), Clinical path way, FK UGM
- Evelyn, (2000) Anatomi dan fisiologi untuk paramedic, cetakan ke 23. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Fakhni Armen dan Viviyanti Azwar. (2010). Dasar – Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit
- Fika Edya, (2017), Analisis perbandingan Tarif Ina-CBG's dengan Tarif Rumah Sakit dan Cost Recovery Rate pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan
- Firmanda D, Pratiwi Andayani, Nuraini Irma Susanti, Srie Enggar KD dkk. 2006. Clinical Pathways Kesehatan Anak dalam rangka implementasi Sistem DRGs Casemix di RS Fatmawati, Jakarta
- Firmanda, Dody. (2007). Implementasi Clinical Pathways dalam pengendalian mutu dan biaya di rumah sakit. Jakarta.
- Fitria Eka Ressti Wijayanti,(2016), Analisis Clinical Pathway dengan BPJS antara Rumah sakit Negeri dengan Swasta
- Sandra, Supriyadi dkk (2015) Cost Recovery Rate Program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan, Jurnal Akuntabilitas Vol VIII No 2 Agustus 2015 P-ISSN 1979-858X
- Sutomo 2003, Analisis Keputusan Investasi Rawat Inap Ruang Super VIP RSD Pandan Arang Boyolali, Tesis, Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro, Semarang.
- Trisnantoro, L., (2004). Perubahan Sistem Manajemen dan Pelayanan Prima.Workshop Penggunaan Konsep Farmakoekonomi Untuk Pelayanan Prima Di Sektor Obat. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan. Universitas Gadjahmada. Yogyakarta
- Trisnantoro, L. (2000). Berbagai Kasus Abu-Abu Bioetika. Apakah Diperlukan Suatu Etika Bisnis Untuk Pelayanan Kesehatan. Makalah Seminar Nasional Bioetika Dan Humaniora, FK-UGM Dan Harvard University
- Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Kedokteran. Jakarta: Konsorsium Upaya Kesehatan Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
- Suparyanto, (2011) Wanita Usia Subur. Diakses pada tanggal 20 November 2016. [http:](http://)

[//id.wikipedia.org/wiki/promosikesehatan](https://id.wikipedia.org/wiki/promosikesehatan).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan

PERMENKES Nomor 1438/ MENKES/ PER/ IX/ 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran, dokter dan dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran termasuk di

Rumah Sakit harus sesuai dengan standar.

Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019). Situasi DBD di Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;

UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Yohana Susanti (2019) Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG Pelayanan Rawat Inap di RSU Panti Baktiningsih

