

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 TINJAUAN PUSTAKA

2.1.1 Rumah sakit

2.1.1.1 Pengertian

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, kuratif, rehabilitative dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU Nomor 17 Tahun 2023)

2.1.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU Nomor 17 Tahun 2023 Rumah sakit memiliki fungsi yaitu:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dalam bentuk spesialisik dan/atau subspecialistik
- b. Rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dasar
- c. Menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan
- d. Rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan kelola klinis yang baik

2.1.1.3 Klasifikasi

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 klasifikasi rumah sakit dibedakan berdasarkan pelayanan yang diberikan terbagi menjadi 2 yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus dan pemerintah menetapkan klasifikasi berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang dan sumber daya manusia rumah sakit dapat didirikan baik oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah ataupun swasta. Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas :

- a. Rumah Sakit umum kelas A, merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 buah
- b. Rumah Sakit umum kelas B, merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 buah
- c. Rumah Sakit umum kelas C, merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah
- d. Rumah Sakit umum kelas D, merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 buah

Klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri atas :

- a. Rumah Sakit khusus kelas A, merupakan rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah
- b. Rumah Sakit khusus kelas B, merupakan rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 buah
- c. Rumah Sakit khusus kelas C, merupakan rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 buah

2. 1. 1. 4 Pelayanan Rumah Sakit

1. Rawat jalan

Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap. Unit Rawat Jalan adalah bagian dari rumah sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di rawat jalan (dr. Dhian, 2019).

2. Rawat Inap

Rawat inap adalah proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit. Ruang rawat inap adalah ruang tempat pasien dirawat. Unit Rawat Inap adalah bagian dari rumah sakit yang

memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya (dr. Dhian ,2019).

3. UGD

Unit Gawat Darurat (UGD) adalah salah satu bagian di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Saat tiba di UGD, pasien biasanya menjalani pemilahan terlebih dahulu, anamnesis untuk membantu menentukan sifat dan keparahan penyakitnya. Unit Rawat Darurat adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di Unit Gawat Darurat (dr. Dhian ,2019).

2. 1. 2 JKN

2. 1. 2. 1 Definisi

Jaminan Kesehatan Nasional atau biasa disebut dengan JKN ini diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, JKN merupakan salah satu program jaminan sosial SJSN. Sedangkan SJSN atau Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh 2 badan penyelenggara jaminan sosial yaitu BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan (Perpres RI Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan

kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah (Perpres RI Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan).

2. 1. 2. 2 Tujuan

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 dengan adanya Program JKN yang diselenggarakan oleh pemerintah melalui SJSN, memiliki tujuan yaitu agar masyarakat mendapatkan perlindungan kesehatan berupa manfaat pemeliharaan dan perlindungan kesehatan, manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan, baik penyedia layanan kesehatan rumah sakit pemerintah atau swasta yang telah menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

2. 1. 3 BPJS Kesehatan

2. 1. 3. 1 Definisi

Berdasarkan Undang-undang RI Nomor 24 Tahun 2011 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang biasa disebut dengan BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yaitu program jaminan kesehatan. Dibentuknya BPJS Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya dalam pemeliharaan dan perlindungan kebutuhan dasar hidup sehat.

2. 1. 3. 2 Tujuan

BPJS bertugas untuk mengelola dana amanat milik seluruh peserta yang berupa himpunan iuran dan hasil pengembangannya untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial (Undang-undang RI Nomor 24 Tahun 2011).

Berdasarkan Undang-undang RI Nomor 24 Tahun 2011 BPJS dibentuk menjadi 2 badan hukum yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

BPJS Kesehatan memiliki fungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

2. 1. 4 Sistem Pembiayaan Rumah Sakit

2. 1. 4. 1 Pengertian Tarif Rumah Sakit

Tarif merupakan besaran biaya yang digunakan rumah sakit berdasarkan jasa per pelayanan sesuai peraturan daerah Tarif bagi rumah sakit merupakan berapa besaran pelayanan yang telah diterima oleh pasien maka berapa banyak tarif yang diperoleh rumah sakit sesuai dengan regulasi yang ada. (Suheri, 2022).

Berdasarkan Permenkes nomor 85 tahun 2015 tarif rumah sakit adalah imbalan yang diterima rumah sakit atas jasa dari kegiatan pelayanan maupun non pelayanan yang diberikan kepada pengguna jasa. Tarif rumah sakit ditetapkan atas dasar jenis pelayanan yang diberikan, tingkat kecanggihan pelayanan dan kelas perawatan (PMK No 85 tahun 2015). Penjelasan dari Tristanto (2016) mengenai tarif rumah sakit bahwa tarif rumah sakit berasal pada data *costing* rumah sakit dan ditetapkan sesuai tujuan penetapannya. Sedangkan untuk rumah swasta sendiri dengan tujuan keuntungan, tarif merupakan *unit cost* yang telah ditambahkan dengan laba yang ingin didapatkan (Suheri, 2022)

2. 1. 4. 2 Pola Tarif Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes Nomor 85 Tahun 2015 tentang pola tarif nasional rumah sakit, kegiatan pelayanan dan kegiatan non pelayanan dikenakan tarif. Tarif rumah sakit dikelompokkan berdasarkan tempat pelayanan dan jenis pelayanan

1. Tempat Pelayanan

1) Pelayanan rawat jalan

Meliputi poliklinik, kamar operasi, rawat rehabilitasi, dan kamar tindakan lainnya.

2) Pelayanan rawat inap

Meliputi ruang perawatan, kamar operasi, kamar bersalin, rawat intensif, dan rawat rehabilitasi

3) Pelayanan pada rawat darurat

Merupakan instansi gawat darurat

2. Jenis Pelayanan

1) Pelayanan medis

a) pemeriksaan dan pelayanan konsultasi, merupakan pelayanan yang dilakukan di rawat jalan dan rawat darurat

b) visite dan pelayanan konsultasi, merupakan pelayanan medis yang dilakukan di rawat inap

c) tindakan operatif, merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan di kamar operasi pada pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat

d) tindakan non operatif, merupakan tindakan tanpa pembedahan yang dilakukan pada pelayanan rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat

e) persalinan, merupakan pelayanan medis yang dilakukan dirawat inap yang dibagi atas persalinan normal, persalinan dengan tindakan pervaginam, dan pelayanan bayi baru lahir

2) Pelayanan Penunjang Medis

a) Pelayanan laboratorium, terdiri atas pemeriksaan patologi klinik, patologi anatomi dan mikrobiologi klinik

b) Pelayanan rehabilitasi medis, terdiri atas pelayanan rehabilitasi medis, rehabilitasi psikososial dan ortotik atau prostetik

c) Pelayanan farmasi, terdiri dari pelayanan farmasi klinis dan non klinis

d) Jenis pemulasaraan jenazah, terdiri dari perawatan jenazah, penyimpanan jenazah, konservasi jenazah dan bedah jenazah

e) Pelayanan Radiodiagnostik

f) Pelayanan Diagnostik Elektromedis

g) Pelayanan Diagnostik Khusus

- h) Pelayanan Darah
- i) Pelayanan Gizi
- j) Pelayanan penunjang medis lainnya

3. LOS (*Length of Stay*)

1) LOS Rumah Sakit

Length of Stay (LOS) atau lama hari rawat merupakan salah satu indikator mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien. LOS menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu periode perawatan (Lubis & Susilawati, 2017). Nilai LOS yang ideal antara 6-9 hari (Depkes RI, 2005).

Rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis dan atau upaya pelayanan Kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit. Satuan untuk lama rawat adalah hari, sedangkan cara menghitung lama rawat adalah dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, baik hidup maupun meninggal) dengan tanggal masuk rumah sakit. Umumnya data tersebut tercantum dalam formulir ringkasan masuk dan keluar di rekam medik (Lubis & Susilawati, 2017).

LOS juga terkait dengan biaya perawatan yang dikeluarkan pasien. Semakin sedikit waktu pasien berada di rumah sakit, semakin dapat dikatakan efektif dan efisien pelayanan di rumah sakit (Lubis & Susilawati, 2017).

2. 1. 4. 3 Komponen dan Perhitungan Tarif

1. Komponen Tarif

Berdasarkan Permenkes Nomor 85 Tahun 2015 tarif rumah sakit untuk kegiatan pelayanan diperhitungkan berdasarkan :

1) Komponen jasa sarana

Merupakan imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas pemakaian akomodasi, bahan non medis, obat-obatan, bahan/alat kesehatan habis pakai yang digunakan langsung

dalam rangka pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis

2) Komponen Jasa pelayanan

Merupakan imbalan yang diterima oleh pemberian pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan/atau pelayanan lainnya yang terdiri dari jasa tenaga kesehatan dan jasa tenaga lainnya.

2. Perhitungan tarif

1) Perhitungan tarif rawat jalan dibedakan berdasarkan pelayanan Rawat Jalan Reguler dan Rawat Jalan Non Reguler dengan ketentuan:

- a) Pelayanan Rawat Jalan Reguler ditetapkan sesuai dengan titik impas (*break even point*);
- b) Pelayanan Rawat Jalan Non Reguler ditetapkan lebih besar dari Pelayanan Rawat Jalan Reguler dengan besaran yang ditetapkan berdasarkan asas kepatutan.

2) Perhitungan tarif rawat inap dibedakan berdasarkan kelas perawatan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a) kelas III (tiga) ditetapkan lebih kecil dari kelas II
- b) kelas II (dua) ditetapkan sesuai titik impas (*break even point*)
- c) kelas selain huruf a dan huruf b, ditetapkan lebih besar dari kelas II (dua) dengan besaran yang ditetapkan berdasarkan asas kepatutan.

3) Perhitungan tarif rawat darurat ditetapkan lebih besar dari titik impas dengan besaran yang ditetapkan berdasarkan asas kepatutan.

2.1.5 Tarif INA-CBGs

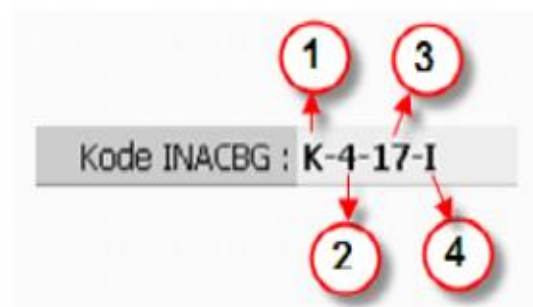
2.1.5.1 Pengertian

Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tarif *Indonesian-Case Based Groups* yang selanjutnya disebut dengan tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) atas layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis

2.1.5.2 Struktur Kode INA-CBGs

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs berdasarkan Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 versi tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM versi tahun 2010 untuk tindakan/prosedur.

Pengelompokan menggunakan sistem informasi INA-CBGs ini menghasilkan 1.075 kelompok kasus yang terdiri dari 786 kasus rawat inap dan 289 kasus rawat jalan (Permenkes Nomor 26 Tahun 2021). Kemudian setiap kelompok tersebut dilambangkan dengan kode INA-CBGs seperti berikut :



Gambar 2.1 Struktur Kode INA-CBGs

Sumber : PERMENKES No.26 Tahun 2021

1. digit ke-1 (alfabetik): menggambarkan kode Casemix Main Groups
2. digit ke-2 (numerik): menggambarkan tipe kelompok kasus
3. digit ke-3 (numerik): menggambarkan spesifikasi kelompok kasus
4. digit ke-4 (romawi): menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus

Pada digit pertama kode INA-CBGs adalah Casemix Main Groups (CMG). Casemix Main Groups (CMG) adalah klasifikasi tahap pertama yang dilabelkan dengan huruf alphabet yang disesuaikan dengan ICD-10 untuk setiap sistem organ tubuh manusia. Terdapat 29 CMG dalam INA-CBGs yaitu:

Tabel 2.1 *Casemix Main Groups*

No	Casemix Main Groups (CMG)	CMG Codes
1	<i>Central nervous system Groups</i>	G
2	<i>Eye and Adnexa Groups</i>	H
3	<i>Ear, nose, mouth & throat Groups</i>	U
4	<i>Respiratory system Groups</i>	J
5	<i>Cardiovascular system Groups</i>	I
6	<i>Digestive system Groups</i>	K
7	<i>Hepatobiliary & pancreatic system Groups</i>	B
8	<i>Musculoskeletal system & connective tissue Groups</i>	M
9	<i>Skin, subcutaneous tissue & breast Groups</i>	L
10	<i>Endocrine system, nutrition & metabolism Groups</i>	E
11	<i>Nephro-urinary System Groups</i>	N
12	<i>Male reproductive System Groups</i>	V
13	<i>Female reproductive system Groups</i>	W
14	<i>Deleiveries Groups</i>	O
15	<i>Newborns & Neonates Groups</i>	P
16	<i>Haemopoeitic & immune system Groups</i>	D

17	<i>Myeloproliferative system & neoplasms Groups</i>	C
18	<i>Infectious & parasitic diseases Groups</i>	A
19	<i>Mental Health and Behavioral Groups</i>	F
20	<i>Substance abuse & dependence Groups</i>	T
21	<i>Injuries, poisonings & toxic effects of drugs Groups</i>	S
22	<i>Factors influencing health status & other contacts with health services Groups</i>	Z
23	<i>Sub-Acute Groups</i>	SF
24	<i>Special Procedures</i>	YY
25	<i>Special Drugs</i>	DD
26	<i>Special Investigationss</i>	II
27	<i>Special Prothesis</i>	RR
28	<i>Chronic Groups</i>	CF
29	<i>Errors CMGs</i>	X

Case Groups adalah sub-group kedua yang menunjukkan spesifikasi atau tipe kelompok kasus, dilabelkan dengan angka 1 sampai dengan 9.

Tabel 2. 2 *Case Groups*

GROUP	DESKRIPSI
1	Prosedur Rawat Inap
2	Prosedur Besar Rawat Jalan
3	Prosedur Signifikan Rawat Jalan
4	Rawat Inap Bukan Prosedur
5	Rawat Jalan Bukan Prosedur
6	Rawat Inap Kebidanan
7	Rawat Jalan Kebidanan
8	Rawat Inap Neonatal
9	Rawat Jalan Neonatal
0	Error

Case Type adalah subgrup ketiga yang menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dari angka 01 hingga 99. Sedangkan pada digit keempat yaitu severity level berisi tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas atau komplikasi pada masa perawatan dengan tingkat keparahan berikut :

- a) “0” - untuk rawat jalan
- b) “I” - Ringan” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
- c) “II” - Sedang” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)
- d) “III” - Berat” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan major komplikasi dan komorbiditi)

Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem INA-CBGs yaitu kasus special CMG meliputi *special prosedure, special drugs, special investigation, special prosthesis dan special groups subacute* dan kronis. Namun tarif ini tidak diberikan pada seluruh kasus melainkan pada kasus dan kondisi tertentu (Permenkes Nomor 26 Tahun 2021)

Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan tarif INA-CBGs terdiri dari 5 regional yaitu:

- 1) regional 1 meliputi Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan DKI Jakarta;
- 2) regional 2 meliputi Nusa Tenggara Barat, Bengkulu, Sulawesi Tengah, Kalimantan Barat, Lampung, Banten, Sumatera Barat, Bali, dan Sumatera Utara;
- 3) regional 3 meliputi Sulawesi Tenggara, Jambi, Sulawesi Barat, dan Gorontalo;
- 4) regional 4 meliputi Kalimantan Selatan, Riau, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Kepulauan Riau, dan Sumatera Selatan;

- 5) regional 5 meliputi Sulawesi Selatan, Papua Barat, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan, Papua, Papua Barat Daya, Aceh, Kepulauan Bangka Belitung, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Maluku Utara.

Berdasarkan PMK Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, tarif regional I rumah sakit tipe C swasta rawat inap dengan kode INA-CBG N-1-12-I, N-1-12-II, N-1-12-III, N-4-10-I, N-4-10-II dan N-4-10-III dengan daftar tarif.

Tabel 2.3 Tarif Regionalisasi I Rumah Sakit Tipe C Swasta Rawat Inap dengan Kode INA-CBGs N-1-12-I, N-1-12-II, N-1-12-III, N-4-10-I, N-4-10-II dan N-4-10-III

No	Kode INA-CBGs	Deskripsi Kode INA-CBGs	Tarif Kelas 3	Tarif Kelas 2	Tarif Kelas 1
1	N-1-12-I	MEMBUAT BARU, MEREVISI DAN MEMINDAHKAN ALAT DIALISIS (RINGAN)	4.543.100	5.292.700	6.042.300
2	N-1-12-II	MEMBUAT BARU, MEREVISI DAN MEMINDAHKAN ALAT DIALISIS (SEDANG)	8.994.600	10.478.700	11.962.800
3	N-1-12-III	MEMBUAT BARU, MEREVISI DAN MEMINDAHKAN ALAT DIALISIS (BERAT)	15.580.700	18.151.500	20.722.300
4	N-4-10-I	TUMOR GINJAL & SALURAN URIN & GAGAL GINJAL (RINGAN)	3.012.000	3.509.000	4.005.900
5	N-4-10-II	TUMOR GINJAL & SALURAN URIN & GAGAL GINJAL (SEDANG)	3.501.400	4.079.200	4.656.900
6	N-4-10-III	TUMOR GINJAL & SALURAN URIN & GAGAL GINJAL (BERAT)	5.458.500	6.359.100	7.259.700

Casemix merupakan suatu format klasifikasi yang berisikan kombinasi beberapa jenis penyakit dan tindakan pelayanan di suatu rumah sakit dengan pembiayaan yang dikaitkan dengan mutu dan efektivitas pelayanan

Berdasarkan bahan ajar sistem pembiayaan kesehatan Sekarningrum (2017) dalam sistem *Casemix*, terdapat 14 variabel mengenai pasien yang perlu dicatat oleh rumah sakit

- a) Identitas pasien
- b) Tanggal masuk rumah sakit
- c) Tanggal keluar rumah sakit
- d) Lama hari perawatan
- e) Tanggal lahir
- f) Umur ketika masuk rumah sakit
- g) Umur ketika keluar rumah sakit
- h) Jenis kelamin
- i) Status keluar rumah sakit
- j) Berat badan baru lahir
- k) Diagnosis utama
- l) Diagnosis sekunder, seperti komplikasi dan komorbiditas
- m) Prosedur atau pembedahan utama

Diagnosis utama dalam sistem *casemix* dijadikan acuan untuk perhitungan biaya pelayanan. Perhitungan biaya difokuskan pada variabel tersebut, tidak ada pembayaran untuk hal-hal yang tidak berhubungan atau tidak perlu. Prioritas pelayanan pasien akan diberikan sesuai dengan tingkat keparahan (Permenkes Nomor 26 Tahun 2021).

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode tindakan atau prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Pada sistem pembiayaan Kesehatan secara prospektif koding sangat penting yang digunakan untuk menentukan besaran biaya yang dibayarkan ke rumah sakit. Dan ketepatan dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan atau prosedur sangat

berpengaruh terhadap grouper dalam aplikasi INA-CBGs (Permenkes Nomor 26 Tahun 2021).

Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan dan pemeriksaan lebih lanjut. Dan pengertian dari diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan, diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi (Permenkes Nomor 26 Tahun 2021).

2. 1. 6 Chronic Kidney Disease

2. 1. 6. 1 Pengertian

Chronic Kidney Disease (CKD) atau Penyakit Ginjal Kronik (PGK) adalah suatu kondisi penurunan kemampuan ginjal dalam filtrasi glomerulus kurang dari 60 ml/menit/1,73 m² yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan. Dalam kasus CKD ini ginjal mengalami penurunan fungsi dan tidak dapat kembali pada kondisi semula, keadaan hilangnya fungsi ginjal secara progresif pada akhirnya memerlukan terapi pengganti fungsi ginjal (Vaidya et al., 2023).

Penyakit ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya definisi lain gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal (Cahyani et al., 2022).

Definisi penyakit ginjal kronik berdasarkan *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (KDOQI) adalah Kerusakan ginjal (*renal damage*) yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural atau fungsional, dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG), dengan

manifestasi seperti kelainan patologis, adanya tanda kelainan ginjal, seperti kelainan dalam komposisi darah atau urin atau kelainan dalam tes pencitraan (*imaging tests*). Laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60 ml/menit/1,73m² selama 3 bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal (Kasiske et al., 2013).

2. 1. 6. 2 Etiologi dan Epidemiologi

Menurut Arsono (2015) pada penelitian yang dilakukan Zahrah (2019) Pada gagal ginjal kronis tahapan kerusakan fungsi nefron sebagai organ fungsional ginjal merupakan hasil dari adanya,

- a. penyakit ginjal primer seperti radang ginjal dan saluran kemih (*pyelonephritis*). batu kemih glomerulonefritis. serta kelainan kongenital ginjal
- b. penyakit ginjal sekunder dapat berupa penyakit sistemik tertentu seperti diabetes melitus atau hipertensi
- c. melalui gagal ginjal akut yang tidak terobati sehingga menghasilkan kerusakan permanen pada ginjal
- d. penggunaan obat-obat nefrotoksik yaitu golongan aminoglikosida polimiksin, amfoterisin B dan siklosporin yang muncul dengan kadar tinggi dalam plasma dapat meningkatkan penurunan fungsi ginjal dengan berbagai mekanisme (Zahrah, 2019).

Dalam buku *Applied Therapeutics* Koda-Kimble dan Young, 2013 dijelaskan diabetes melitus menjadi penyebab utama gagal ginjal sebesar 44%, disusul dengan hipertensi sebesar 28%. lalu glomerulonefritis kronis sebesar 7% di Amerika pada tahun 2008. Sisanya disebabkan oleh gangguan lain seperti penyakit ginjal polisistik, kelainan ginjal bawaan nefrolitiasis, nefritis interstisial, renal artery stenosis, karsinoma ginjal, dan HIV (Zahrah, 2019).

Berdasarkan diagnosis etiologi pasien penyakit ginjal kronik di Indonesia, pada tahun 2018 proporsi etiologi atau penyakit dasar dari pasien PGK ini adalah hipertensi menempati urutan pertama sebanyak 36 % dengan jumlah pasien mencapai 22.672 pasien dan *Nefropati diabetic*

atau dikenal dengan diabetic kidney disease dengan urutan kedua dengan jumlah pasien sebanyak 8.633 pasien. Perbedaannya pada tahun ini kategori tidak diketahui meningkat menjadi 12 % (IRR, 2018).

2. 1. 6. 3 Klasifikasi

Menurut *KDIGO Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*, *Chronic Kidney Disease* diklasifikasikan menjadi 2 kategori yaitu berdasarkan laju filtrasi glomerulus dan berdasarkan kadar albumin dalam urin.

Tabel 2.4 Klasifikasi CKD berdasarkan LFG

Stadium	Kategori GFR	GFR (ml/min/1.73m ²)	Keterangan
1	G1	≥90	Kerusakan ginjal dengan GFR normal / meningkat
2	G2	60-89	Kerusakan ginjal dengan GFR sedikit menurun
3	G3a	45-59	Kerusakan ginjal dengan GFR sedikit menurun-cukup menurun
3	G3b	30-44	Kerusakan ginjal dengan GFR cukup menurun-sangat menurun
4	G4	15-29	Kerusakan ginjal dengan GFR sangat menurun
5	G5	<15	Gagal Ginjal

1. Stadium I Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat (>90 ml/min/1,73 m²). Fungsi ginjal masih normal tapi telah terjadi abnormalitas patologi dan komposisi dari darah dan urine.
2. Stadium II kerusakan ginjal. Fungsi ginjal menurun ringan dan ditemukan abnormalitas patologi dan komposisi dari darah dan urine.
3. Stadium III Penurunan GFR Moderat (30-59 ml/min/1,73 m²). Tahapan ini terbagi lagi menjadi tahapan IIIA (GFR 45-59) dan tahapan IIIB (GFR 30-44). Pada tahapan ini telah terjadi penurunan fungsi ginjal sedang.
4. Stadium IV Penurunan GFR Severe (15-29 ml/min/1,73 m²). Terjadi penurunan fungsi ginjal yang berat. Pada tahapan ini dilakukan persiapan untuk terapi pengganti ginjal.
5. Stadium V End Stage Renal Disease

2. 1. 6. 4 Faktor Risiko

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) telah melakukan sistematisasi faktor risiko kejadian penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis (ESRD) di Australia. Faktor risiko ESRD di Australia pada penelitian yang dilakukan (Isro'in & Rosjidi, 2014) dibagi menjadi empat kelompok yaitu:

- 1) faktor lingkungan-sosial yang meliputi status sosial ekonomi, lingkungan fisik dan ketersediaan Lembaga pelayanan kesehatan,
- 2) faktor risiko biomedik, meliputi antara lain diabetes, hipertensi, obesitas, sindrom, metabolisme, infeksi saluran kencing, batu ginjal dan batu saluran kencing, glomerulonefritis, infeksi streptokokus dan keracunan obat
- 3) faktor risiko perilaku, meliputi antara lain merokok atau pengguna tembakau, kurang gerak dan olah raga serta kekurangan makanan
- 4) faktor predisposisi, meliputi antara lain umur, jenis kelamin, ras atau etnis, Riwayat keluarga dan genetic (Isro'in & Rosjidi, 2014)

Faktor Risiko dari gagal ginjal kronik

1) Diabetes Mellitus

Waktu rata-rata diabetes sampai timbul uremia adalah 20 tahun. Diabetes menyebabkan diabetik nefropati yaitu adanya lesi arteriol, pielonefritis dan nekrosis papila ginjal serta glomerulosklerosis (Isro'in & Rosjidi, 2014)

2) Hipertensi

Hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol seluruh tubuh yang ditandai oleh fibrosis dan sklerosis dinding pembuluh darah. Organ sasaran utama adalah jantung, otak dan ginjal. Penyumbatan arteri dan arteriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus sehingga seluruh nefron rusak. Proteinuria dan azotemia ringan dapat berlangsung selama bertahun-tahun tanpa memperlihatkan gejala dan kebanyakan pasien akan merasakan gejala jika memasuki stadium ganas (Isro'in & Rosjidi, 2014)

3) Infeksi

Infeksi dapat terjadi pada beberapa bagian ginjal yang berbeda seperti glomerulus pada kasus glomerulonefritis atau renal pelvis dan sel tubulointerstitial pada pielonefritis. Infeksi juga bisa naik ke kandung kemih melalui ureter menuju ginjal dimana terdapat sumbatan pada saluran kencing bawah. Beberapa infeksi dapat menunjukkan gejala, sementara yang lain tanpa gejala. Jika tidak diperhatikan, semakin banyak jaringan fungsional ginjal yang perlahan-lahan hilang. Selama proses peradangan tubuh kita secara normal berusaha menyembuhkan diri. Hasil akhir penyembuhan adalah adanya bekas luka jaringan dan atrofi sel yang mengubah fungsi penyaringan ginjal. Hal ini merupakan kondisi yang tidak dapat dipulihkan. Jika persentase jaringan rusak besar, akan berakhir pada gagal ginjal (Isro'in & Rosjidi, 2014).

4) Obat-obatan

Sebagian besar obat diekskresikan lewat ginjal. Padahal banyak dari obat-obatan bersifat racun, oleh sebab itu istilahnya disebut nefrotoksik (Isro'in & Rosjidi, 2014).

5) Logam berat

Logam berat akan bergabung dalam tulang dan sedikit demi sedikit dilepaskan kembali dalam darah setelah dalam jangka waktu bertahun-tahun. Logam berat akan sampai ke tubulus ginjal. Kerusakan dasar ginjal diakibatkan oleh nefritis interstisial dan gagal ginjal progresif lambat (Isro'in & Rosjidi, 2014).

6) Genetik

Penyakit polikistik merupakan penyakit keturunan dapat menyebabkan gagal ginjal kronik (Isro'in & Rosjidi, 2014).

7) Faktor kekebalan tubuh

Penyakit gangguan imunologi seperti sistemik lupus eritematosus menyebabkan gagal ginjal kronik (Isro'in & Rosjidi, 2014).

8) Bahan kimia dalam makanan dan minuman

Bahan pengawet, pewarna makanan, penyedap rasa dan bahan tambahan lainnya dalam makanan yang dikaleng, botol, daging olahan, jus dan soft drink dicurigai memberi pengaruh berbahaya pada ginjal (Isro'in & Rosjidi, 2014).

9) Kurang minum/cairan

Ginjal berfungsi mempertahankan keseimbangan air, mempunyai kemampuan memikatkan atau mengencerkan urin. Jika asupan cairan kurang pada kondisi cuaca panas, pekerja berat, dehidrasi dalam waktu yang lama, maka usaha memekatkan urin lebih berat dan ginjal kelelahan/gagal ginjal (Isro'in & Rosjidi, 2014).

10) Makanan tinggi garam/natrium

Ginjal berfungsi menjaga keseimbangan natrium. Jika jumlah garam dalam makanan tinggi dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah/hipertensi (Isro'in & Rosjidi, 2014).

2. 1. 6. 5 Komplikasi

Dalam buku *Applied Therapeutics* Koda-Kimle dan Young, 2013 dijelaskan komplikasi yang terjadi berkembang sering dengan progresivitas penyakit gagal ginjal kronis dan mulai terlihat ketika pasien sudah mencapai stadium 3 (eGFR < 60 ml/menit/1,73 m²) Komplikasi tersebut meliputi abnormalitas cairan dan elektrolit, asidosis metabolik, anemia, kelainan tulang dan mineral, komplikasi kardiovaskular, serta status gizi buruk. Seringkali beberapa komplikasi tidak terdeteksi sejak stadium awal sehingga lambat dalam menerima terapi hingga semakin memburuk terutama saat dialisis, dijalankan lebih dari 50% pasien terdeteksi hipoalbuminemia dan anemia saat dialisis. Berikut penjelasan singkat mengenai komplikasi pada gagal ginjal kronis (Zahrah, 2019).

a. Retensi air dan natrium

Peningkatan ekskresi natrium terjadi seiring dengan mekanisme adaptif glomerular dan tubular Tubuh yang seolah gemuk muncul sebagai akibat dari usaha tubuh dalam mempertahankan keseimbangan natrium dengan cara meningkatkan cairan ekstraseluler. Untuk mengatasi komplikasi ini dibutuhkan diet natrium sebesar < 2.4 g perhari dan cairan sebesar 1-2 L. per hari, serta menggunakan pilihan terapi seperti diuretik guna mempermudah pengeluaran cairan berlebih dalam tubuh (Zahrah, 2019)

b. Hiperkalemia

Diakibatkan oleh penurunan ekskresi: kalium redistribusi kalium ke cairan ekstraselular melalui asidosis metabolik dan asupan kalium berlebih Selain itu paparan natrium di tempat reabsorpsi, sekresi ion hidrogen, sejumlah anion nonresorbable, laju urin, obat-obat diuretik, dan mineralokortikoid juga dapat memengaruhi sekresi kalium Secara normal kalium disaring melalui glomerulus dan hampir seluruhnya direabsorpsi di ginjal (Zahrah, 2019)

c. Hiperfosfatemia, hipermagnesemia, hiperurisemia

Komplikasi ini diakibatkan oleh terganggunya ekskresi fosfor, magnesium dan asam urat melalui urine, pada hipermagnesemia muncul gejala seperti mual, muntah, lesu, kebingungan, penurunan reflex tendon. dan pada level parah menyebabkan penekanan konduksi jantung (Zahrah, 2019)

d. Anemia

Gejala ini disebabkan oleh menurunnya produksi erythropoietin (EPO), yaitu sebuah glikoprotein yang menstimulasi produksi sel darah merah 90% EPO diproduksi di sel peritubular ginjal. Tanda klinis munculnya anemia yaitu pucat dan kelelahan. Konsekuensi dari anemia adalah timbulnya LVH (left ventricular hypertrophy), dan lebih lanjut muncul komplikasi pada sistem kardiovaskular serta kematian (Zahrah, 2019)

e. Hipertensi

Gejala ini disebabkan oleh peningkatan volume ekstrasvaskular akibat retensi garam dan air, serta akibat aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) (Zahrah, 2019)

f. Kelainan mineral dan tulang

Hiperfosfatemia hipokalsemia hiperparatiroidisme, berkurangnya produksi vitamin D aktif dan resistensi terapi vitamin D merupakan faktor-faktor yang meningkatkan komplikasi pada kelainan mineral dan tulang Adanya FGF23 (fibroblast growth factor 23) meningkatkan ekskresi fosfor melalui tubulus proximal menghalangi aktivasi vitamin D. lalu meningkatkan aktivasi katabolisme vitamin D (Zahrah, 2019).

g. Kelainan endokrin karena uremia

Gangguan fungsi kelenjar tiroid terjadi pada pasien gagal ginjal kronis akibat gangguan pada ginjal yang bertanggung jawab dalam metabolisme hormon perifer yaitu tiroid Abnormalitas endokrin lainnya diantaranya impotensi, penurunan libido dan infertilitas, gangguan menstruasi, berkurangnya ukuran testis, dan berhenti ovulasi (Zahrah, 2019).

h. Perubahan metabolisme glukosa dan insulin

Pseudodiabetes biasanya terjadi pada pasien gagal ginjal kronis non diabetik akibat intoleransi gula saat uremia. Pada penderita diabetes dan gangguan ginjal kadar insulin menurun dalam jumlah besar (Zahrah, 2019).

i. Komplikasi gastrointestinal

Gangguan motilitas lambung dapat disebabkan oleh uremia. Adanya diabetes dan neuropati diabetik berpengaruh terhadap penundaan pengosongan lambung dan retensi makanan pada saluran intestinal atas, hal ini menyebabkan kembung, mual dan muntah (Zahrah, 2019).

2. 1. 7 Hemodialisis

2. 1. 7. 1 Definisi

Hemodialisis (HD) adalah salah satu terapi pengganti ginjal yang menggunakan alat khusus dengan tujuan mengatasi gejala dan tanda akibat laju filtrasi glomerulus yang rendah sehingga diharapkan dapat memperpanjang usia dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Unit hemodialisis adalah tempat pelayanan hemodialisis yang terdiri dari minimal 4 mesin dialisis, didukung dengan unit pemurnian air (*water treatment*) dan peralatan pendukung serta mempunyai tenaga medis, minimal terdiri dari 2 perawat mahir hemodialisis, 1 dokter bersertifikat hemodialisis, yang diawasi oleh 1 orang dokter internis bersertifikat hemodialisis dan disupervisi oleh 1 orang Internis-Konsultan Ginjal Hipertensi (KGGH) (Depkes RI, 2008).

2. 1. 7. 2 Konsep

Sesuai dengan pedoman pelayanan hemodialisis (2008), hemodialisis memiliki konsep yaitu:

1. Dilakukan secara komprehensif.
2. Pelayanan dilakukan sesuai standar.
3. Peralatan yang tersedia harus memenuhi ketentuan.

4. Semua tindakan harus terdokumentasi dengan baik.
5. Harus ada sistem monitor dan evaluasi

2. 1. 7. 3 Prosedur

Sesuai dengan pedoman pelayanan hemodialisis (2008) Adapun prosedur dalam melakukan Tindakan hemodialisis dan juga alurnya,

1. Tindakan inisiasi hemodialisis (HD pertama) dilakukan setelah melalui pemeriksaan/konsultasi dengan Konsultan atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam (Dokter Sp.PD) yang telah bersertifikat HD.
2. Setiap tindakan hemodialisis terdiri dari:
 - a) Persiapan pelaksanaan hemodialisis: 30 menit
 - b) Pelaksanaan hemodialisis: 5 jam
 - c) Evaluasi pasca hemodialisis: 30 menit
3. Sehingga untuk setiap pelaksanaan hemodialisis diperlukan waktu mulai dari persiapan sampai dengan waktu pasca hemodialisis minimal 6 jam.
4. Harus memberikan pelayanan sesuai standar profesi dan memperhatikan hak pasien termasuk membuat *informed consent*

2. 1. 8 *Cost Of Illness*

2. 1. 8. 1 Pengertian dan Tujuan

Analisis *Cost of Illness* (COI) merupakan bentuk evaluasi ekonomi yang paling awal di sektor pelayanan kesehatan. Tujuan utama COI adalah untuk mengevaluasi beban ekonomi dari suatu penyakit pada masyarakat, meliputi seluruh sumber daya pelayanan kesehatan yang dikonsumsi. Studi COI dapat menggambarkan penyakit mana yang membutuhkan peningkatan alokasi sumber daya untuk pencegahan atau terapi, tetapi mempunyai keterbatasan dalam menjelaskan bagaimana sumber daya dialokasikan, karena tidak dilakukan pengukuran *benefit* (Indrayathi & Noviyanti, 2016).

Studi *cost of illness* dapat dilakukan berdasarkan data epidemiologi, yaitu pendekatan prevalensi atau insidensi, metode yang dipilih untuk menghitung biaya, yaitu *top down* atau *bottom up*, dan hubungan antara awal penelitian dan pengumpulan data, yaitu studi retrospektif dan prospektif (Indrayathi & Noviyanti, 2016). Tujuan utama dari *cost of illness* ini adalah

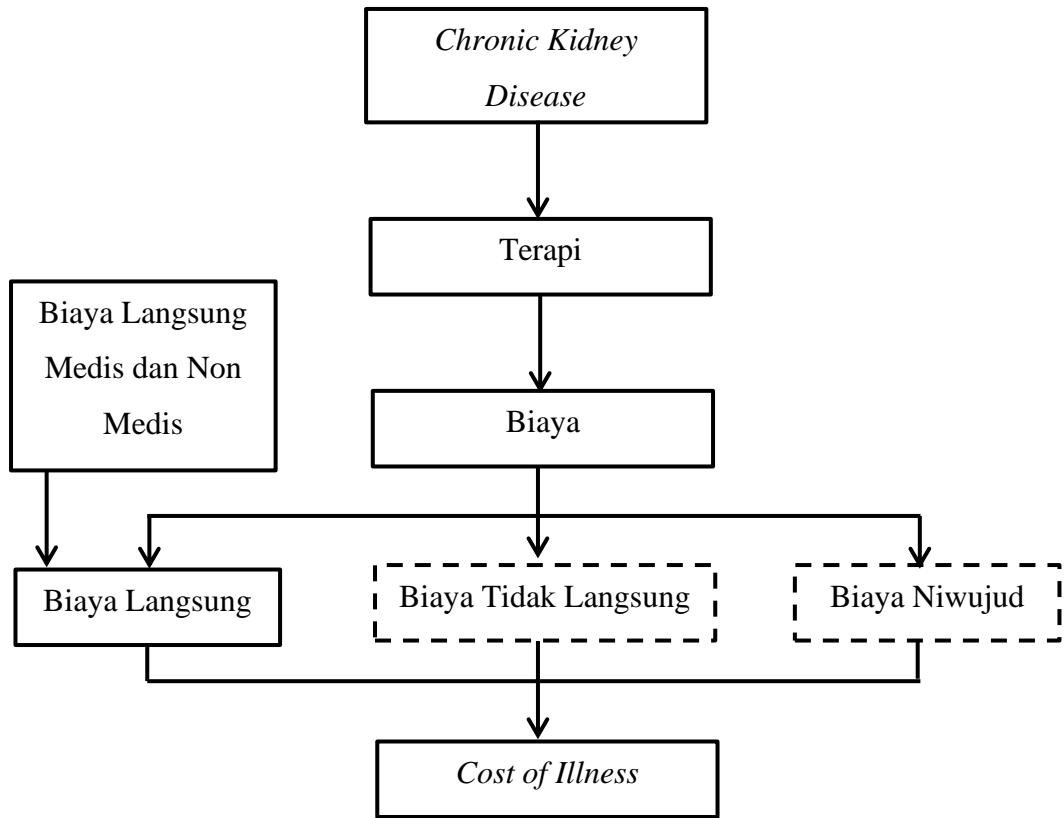
1. Untuk menilai beban ekonomi suatu penyakit dalam masyarakat. Hasil studi dapat digunakan sebagai informasi tentang jumlah sumber daya yang digunakan karena penyakit dan berdasarkan data epidemiologi morbiditas dan mortalitas dapat diketahui peringkat penyakit berdasarkan beban ekonominya (Indrayathi & Noviyanti, 2016).
2. Untuk mengidentifikasi komponen biaya utama dan biaya total berdasarkan insidensi. Hal ini dapat membantu pembuat kebijakan untuk menetapkan dan/atau membatasi:
 - a. Kebijakan penetapan biaya pada komponen yang memberikan porsi terbesar dari total biaya.
 - b. Mengontrol implementasi nyata dari kebijakan Kesehatan sebelumnya.
3. Untuk mengidentifikasi manajemen klinik dari suatu penyakit pada tingkat nasional. Hasil evaluasi COI dapat membantu pembuat keputusan dan manajer untuk menganalisa fungsi produksi yang digunakan untuk menghubungkan input dan/atau pelayanan intermediate untuk mencapai output. Pedoman klinik merupakan salah satu contoh hasil akhir, dapat digunakan untuk identifikasi manajemen penyakit terutama jika dinilai tidak efektif atau sangat beragam (Indrayathi & Noviyanti, 2016).
4. Menjelaskan variasi biaya. dilakukan analisis statistik untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara variasi biaya dan variabel penyakit, pasien atau penyelenggara pelayanan kesehatan (Indrayathi & Noviyanti, 2016)

2. 1. 8. 2 Kategori Biaya

Mulyadi (2015) menyatakan biaya adalah pengorbanan sumber ekonomi, yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau yang kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu. Menurut Budiharto dan Soewarti 2008 dalam bahan ajar *Cost of Illness* (Indrayathi & Noviyanti, 2016) biaya dikategorikan menjadi 4 yaitu:

1. Biaya medis langsung (*direct medical cost*), adalah biaya yang harus dibayarkan untuk pelayanan kesehatan. Biaya ini meliputi biaya pengobatan, tenaga medis, biaya tes laboratorium, dan biaya pemantauan efektivitas dan efek samping .
2. Biaya medis tidak langsung (*direct non medical cost*), adalah biaya yang harus dikeluarkan secara langsung yang tidak terkait langsung dengan pembelian produk atau jasa pelayanan kesehatan. Biaya yang termasuk didalamnya adalah biaya transportasi dari dan ke rumah sakit, makanan untuk keluarga pasien.
3. Biaya tidak langsung (*indirect cost*) adalah, biaya yang dapat mengurangi produktivitas pasien maupun keluarga, kehilangan pendapatan karena tidak biasa bekerja akibat sakit, kehilangan waktu.
4. Biaya tidak teraba (*intangibile cost*), adalah biaya yang berhubungan dengan rasa sakit pasien dan penderitaannya, khawatir tertekan, efek nya pada kualitas hidup. Kategori ini tidak bisa diukur dalam mata uang, namun sangat penting bagi pasien maupun dokter (Indrayathi & Noviyanti, 2016).

2.2 Kerangka Teori

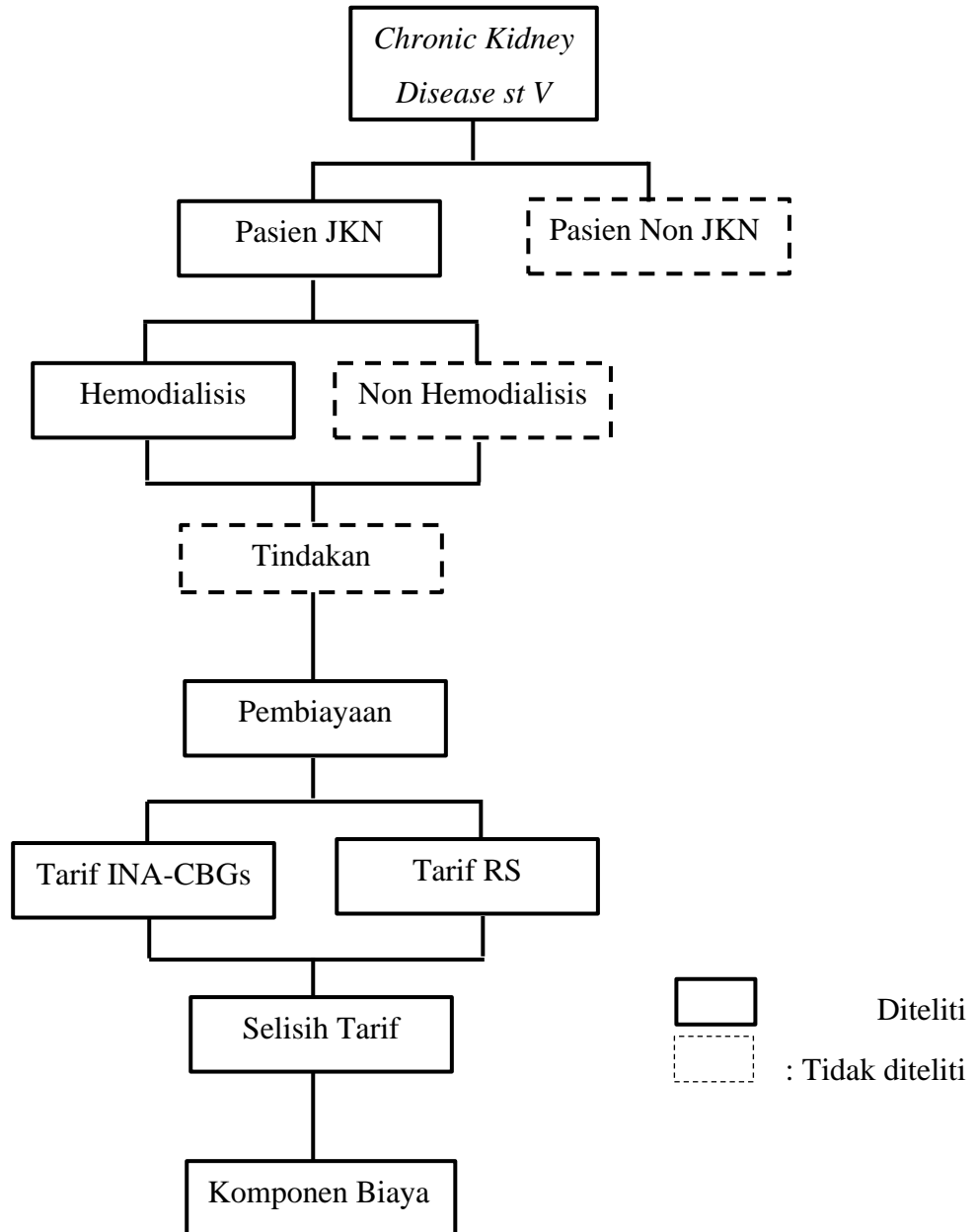


□ : Diteliti
□ : Tidak diteliti

Gambar 2. 2 Kerangka Teori

Kerangka teori diatas merupakan teori Jo, 2014; Kemenkes RI, 2013a; Rascati, 2013 pada penelitian Farras 2023.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Rumah sakit umum Universitas Muhammadiyah Malang merupakan FKRTL Tipe C yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan melayani pasien rawat inap maupun rawat jalan. Salah satu kasus yang ditangani oleh Rumah Sakit umum Universitas Muhammadiyah Malang pada periode 2022 sampai dengan 2023 adalah *Chronic Kidney Disease stage V* (CKD st V) atau biasa dikenal gagal ginjal. Pembiayaan Kesehatan atas perawatan dan pengobatan pasien oleh BPJS Kesehatan berdasarkan tarif INA-CBG's yang dikategorikan dari kelompok diagnosis penyakit dan prosedur. Sedangkan tarif riil merupakan tarif yang digunakan rumah sakit berdasarkan jasa per pelayanan sesuai peraturan daerah. Adapun karakteristik pasien rawat inap CKD st V baik prosedur maupun non prosedur yaitu jenis kelamin, usia, tingkat komorbid, kelas perawatan, LOS, kemudian pada penentuan tarif rumah sakit ditentukan dari komponen biaya per pelayanan yang diberikan.