

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap manusia mempunyai hak atas kesehatan. Pemerintah mempunyai peranan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Upaya yang dilakukan adalah membuat program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dibentuk oleh BPJS (Kemenkes RI, 2011). BPJS Kesehatan menggunakan sistem yang dikenal sebagai tarif *Indonesian-Case Based Group* (INA-CBG's) bagi Rumah Sakit (RS) kelas A, B, C, dan D yang menjadi rujukan kesehatan tingkat lanjutan. Tarif INA-CBG's merupakan pembayaran klaim BPJS Kesehatan pada pusat-pusat kesehatan utama untuk paket layanan yang telah ditentukan sebelumnya sesuai dengan kategori diagnosis penyakit (Permenkes RI, 2013).

Hambatan finansial untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dapat menciptakan kesenjangan antara penduduk dengan fasilitas kesehatan (Disparitas Kesehatan). Di era JKN yang mengutamakan prinsip efektivitas dan efisiensi, biaya pengobatan memiliki porsi yang cukup besar dari anggaran perawatan kesehatan dan merupakan alat intervensi potensial untuk meningkatkan status kesehatan (Gunawan dkk., 2017). Rumah Sakit dapat menderita kerugian jika tarif INA-CBG's tidak sama dengan tarif riil Rumah Sakit. Penting bagi Rumah Sakit menerapkan standarisasi layanan untuk mengurangi biaya dan meningkatkan

efisiensi, serta untuk mempermudah mengurangi selisih biaya layanan (Monica dkk., 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Putri dkk. (2019) menemukan adanya perbedaan antara *Cost off illness* dengan tarif yang ditetapkan oleh INA-CBG's untuk pasien rawat jalan penderita DM tipe 2 dengan JKN di Rumah Sakit Condong Catur Yogyakarta. Penelitian lain yang dilakukan oleh Ramadhani dkk. (2021) terhadap analisis disparitas antara tarif layanan rawat jalan RSUD Pasar Rebu Jakarta dengan tarif INA-CBG's tahun 2017, menghasilkan tarif Rumah Sakit tersebut lebih tinggi dibanding tarif INA-CBG's dengan perbedaan tarif sebesar Rp. 66.778.404.

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Genteng, Rumah Sakit dengan akreditasi C yang menjadi tempat rujukan lanjutan bagi pasien BPJS. Pada tahun 2021 terdapat 89.601 pasien yang mengunjungi poli rawat jalan RSUD Genteng, dengan jumlah pasien BPJS sebesar 53.045 (59,2%). Hingga akhir tahun 2021, Rumah Sakit telah mengeluarkan biaya sebesar Rp 11.211.029.151 untuk pasien BPJS yang berobat di poli rawat jalan, sedangkan INA-CBG's telah membayar kepada Rumah Sakit sebesar Rp 9.273.113.800,- . Tariif Rumah sakit berbeda dengan tarif INA-CBG's, maka peneliti ingin melihat analisis biaya pasien BPJS di poli rawat jalan Rumah Sakit Umum Daerah Genteng pada tahun 2021.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah analisis biaya pasien BPJS di poli rawat jalan RSUD Genteng tahun 2021?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui analisis biaya pasien BPJS di poli rawat jalan RSUD Genteng tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui analisis biaya pasien BPJS di poli rawat jalan RSUD Genteng.
2. Mengetahui analisis biaya pasien BPJS di poli rawat jalan RSUD Genteng yang dikeluarkan oleh INA-CBG's.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Dipergunakan untuk menambah khazanah keilmuan peneliti berkenaan tentang perbedaan antara biaya riil Rumah Sakit dengan tarif INA-CBG's.

1.4.2 Bagi Institusi

Hasil penelitian bisa menjadi bahan referensi serta informasi bagi mahasiswa kesehatan lainnya untuk dilakukan riset berikutnya.

1.4.3 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian bisa menyumbang informasi berkenaan kesesuaian antara tarif riil Rumah Sakit serta tarif INA-CBG's pasien BPJS di poli rawat jalan RSUD Genteng Tahun 2021.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) ialah lembaga pemerintah yang bertujuan untuk mengkoordinasikan jaminan perawatan kesehatan (Permenkes RI, 2016). Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 24 Tahun 2011 menyebutkan bahwa Jaminan Sosial merupakan bentuk perlindungan sosial yang menjamin setiap orang agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya dengan layak. BPJS bertanggung jawab atas terlaksananya sistem JKN sejak tanggal 1 Januari 2014 (Permenkes RI, 2013).

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib, dirancang untuk menyediakan akses layanan kesehatan bagi semua peserta yang membayar iuran maupun peserta yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah (RI, 2004).

2.1.1 Tujuan BPJS

Tujuan utama BPJS ialah memungkinkan semua peserta dan/atau keluarganya untuk memenuhi semua kebutuhan dasar mereka secara layak. BPJS mengkoordinasikan penyelenggaraan SJSN berpedoman pada prinsip-prinsip (RI, 2011) :

1) Prinsip kegotong royongan

Kewajiban bagi para anggota untuk membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya dengan demikian terwujudnya prinsip solidaritas antar anggota dalam menanggung beban biaya jaminan sosial.

2) Prinsip nirlaba

Setiap pendapatan yang dihasilkan dari pengembangan modal harus digunakan secara maksimal untuk memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi semua anggota.

3) Prinsip keterbukaan

Menyediakan akses informasi yang akurat, terkini, serta mudah dipahami bagi semua anggota.

4) Prinsip kehati-hatian

Prinsip pengelolaan sumber daya keuangan secara bijaksana, aman, serta terorganisir.

5) Prinsip akuntabilitas

Prinsip menjalankan program serta mengelola sumber keuangan secara transparan dan bertanggung jawab.

6) Prinsip portabilitas

Jaminan yang berkelanjutan meskipun anggota berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah.

7) Prinsip kepesertaan bersifat wajib

Bahwa tiap warga negara Indonesia wajib ikut serta dalam jaminan kesehatan sosial yang dilaksanakan secara bertahap.

8) Prinsip dana amanat

Setiap iuran dan hasil pengembangan dana tersebut adalah milik anggota dan harus digunakan semaksimal mungkin untuk kepentingan mereka.

9) Semua keuntungan dari administrasi dana jaminan 7ocial dikembalikan ke dalam program dan digunakan untuk sebesar-besar kepentingan anggota.

2.1.2 Jenis BPJS

BPJS di bagi menjadi 2 yaitu :

- 1) BPJS Kesehatan bertugas mengkoordinasikan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat.
- 2) BPJS Ketenagakerjaan berfungsi menyelenggarakan program Jaminan kecelakaan kerja, pensiun, dan jaminan kematian.

2.1.3 Tugas BPJS

- 1) Mengelola dan/atau menerima pendaftaran;
- 2) Memungut serta menyetorkan pembayaran dari anggota;
- 3) Menerima dana iuran dari pemerintah;
- 4) Mengelola dana yang telah disetorkan oleh anggota untuk kepentingan bersama;
- 5) Pengumpulan serta pengelolaan informasi data anggota untuk program SJSN;
- 6) Mengganti biaya pengobatan dan/atau memberikan manfaat sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
- 7) Menginformasikan kepada penerima manfaat dan masyarakat umum tentang status program Jaminan sosial.

2.1.4 Manfaat BPJS Kesehatan

Berkenaan dengan manfaat BPJS Kesehatan ialah :

- 1) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, yakni Pelayanan kesehatan non spesialisik yang meliputi:
 - a. Administrasi.
 - b. Layanan peningkatan kesehatan (promotif) serta pencegahan penyakit (preventif).
 - c. Pemeriksaan, pengobatan, serta konsultasi medis.
 - d. Tindakan medis non spesialisik (operatif dan non operatif).
 - e. Obat dan bahan medis habis pakai.
 - f. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.
- 2) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yakni pelayanan kesehatan yang mencakup:
 - a. Administrasi .
 - b. Pengobatan, pemeriksaan, serta konsultasi medis dasar dari unit gawat darurat; serta konsultasi spesialisik dari dokter spesialis dan subspesialis.
 - c. Tindakan medis spesialisik, dari bedah juga non bedah disesuaikan dengan indikasi medis.
 - d. Layanan obat serta bahan medis habis pakai.
 - e. Layanan penunjang diagnostik lanjutan disesuaikan dengan indikasi medis.
 - f. Rehabilitasi medis berikut rehabilitasi psikososial.
 - g. Layanan darah.
 - h. Layanan dokter forensik klinik.

- i. Layanan jenazah (pemulasaran jenazah) terhadap pasien meninggal pada fasilitas kesehatan.
- j. Layanan keluarga berencana dan tubektomi interval, selama tidak masuk dalam pembiayaan pemerintah.
- k. Perawatan inap non intensif; serta
- l. Rawat inap di ruang intensif.

2.1.5 Tarif Kapitasi

1) Tarif Kapitasi

Jumlah uang yang disetujui BPJS Kesehatan untuk dibayarkan di muka setiap bulannya kepada Faskes Tingkat Pertama berdasarkan jumlah pasien yang terdaftar, terlepas dari kualitas atau kuantitas perawatan yang sebenarnya diberikan.

2) Tarif Non Kapitasi

Jumlah yang akan dibayarkan BPJS Kesehatan untuk jenis dan jumlah layanan yang telah diberikan kepada FKTP.

3) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah Faskes yang menyelenggarakan layanan kesehatan perorangan non spesialisik, seperti untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan / atau tujuan lainnya.

2.1.6 Tarif *Indonesian Case Based Group* (INA-CBG's).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 Tahun 2016, tarif *INA-Case Based Groups* (INA-CBG's) ialah besaran yang hendak BPJS

Kesehatan bayarkan kepada Faskes Tingkat Lanjutan untuk paket pelayanan didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) merupakan fasilitas kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisistik ataupun sub spesialisistik yang meliputi rawat jalan atau rawat inap tingkat lanjutan, serta rawat inap pada ruang perawatan khusus.

- 1) Tarif pelayanan kesehatan dalam FKRTL, mencakup :
 - a. Tarif INA-CBG's ialah tarif paket yang mencakup semua aspek infrastruktur rumah sakit, termasuk yang dipergunakan dalam tujuan medis ataupun non medis.
 - b. Tarif Non INA-CBG's mencakup hal-hal seperti alat bantu perawatan kesehatan, obat kemoterapi, obat untuk penyakit kronis, CAPD, dan PET scan.
- 2) Tarif INA-CBG's meliputi tarif rawat jalan serta rawat inap, yang dibagi dalam 6 kelompok tarif yakni: "Tarif RS umum pusat nasional (RSUPN) Dr. Cipto Mangunkosumo; RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, RS Kanker Dharmas, RS Anak dan Bunda Harapan Kita; RS pemerintah maupun swasta kelas ; RS pemerintah maupun swasta kelas B; kelas C; dan kelas D".
- 3) Tarif INA-CBG's terbagi dalam 5 regional yakni:
 - a. Propinsi Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Timur (Regional 1);

- b. Propinsi Sumatra Barat, Riau, Sumatra Selatan, Lampung, Bali, Nusa Tenggara Barat (Regional 2);
- c. Propinsi Nangro Aceh Darussalam, Sumatra Utara, Jambi, Bengkulu, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Sulawesi (Utara, Tengah, Tenggara, Barat, Selatan), dan Gorontalo (Regional 3);
- d. Propinsi Kalimantan Selatan, Timur, Utara dan Tengah (Regional 4);
- e. Propinsi NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat (Regional 5)".

2.2 Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2020 berkenaan klasifikasi dan perizinan Rumah Sakit mengungkapkan bahwasanya “Rumah Sakit adalah lembaga penyelenggara layanan kesehatan perorangan secara paripurna yang memfasilitasi layanan rawat inap dan rawat jalan serta unit gawat darurat”.

2.2.1 Bentuk dan Jenis Rumah Sakit

- 1) Rumah Sakit statis ialah Rumah Sakit yang telah dipasang secara permanen di satu lokasi untuk jangka waktu yang lama, dan yang menyediakan perawatan medis rawat inap, rawat jalan, serta kegawatdaruratan.
- 2) Rumah Sakit bergerak ialah RS yang siap digunakan serta bersifat sementara bisa dipindah dari satu lokasi ke lokasi lainnya. Dioperasikan di daerah tertinggal, perbatasan, di pulau-pulau terpencil, di daerah tanpa akses fasilitas medis, selama dan/ atau setelah bencana alam, serta dalam situasi

darurat lainnya. Rumah Sakit bergerak dapat berupa Bus, pesawat terbang, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, dan kontainer .

- 3) Rumah Sakit lapangan adalah RS yang dibangun sementara di satu tempat dipergunakan selama keadaan darurat, tanggap bencana, ataupun pelaksanaan aktivitas tertentu. Rumah Sakit lapangan dapat berupa tenda, kontainer, dan bangunan permanen.

2.2.2 Rumah Sakit Berdasarkan Jenis Pelayanan

Dari jenis pelayanan yang dilakukan, Rumah Sakit dibedakan menjadi:

- 1) Rumah Sakit Umum

Rumah Sakit dengan jenis layanan di semua bidang kesehatan serta jenis penyakit. Layanan kesehatan meliputi paling sedikit : layanan medik ataupun penunjang medik, layanan keperawatan serta kebidanan dan layanan nonmedik.

- 2) Rumah Sakit Khusus.

Rumah Sakit yang berfokus terutama pada jenis pengobatan penyakit tertentu atau bidang tertentu, didasarkan pada disiplin ilmu, rentang usia, sistem organ, atau kriteria lainnya (RS Ibu dan Anak, RS Mata, RS Gigi dan mulut, RS Jiwa, RS Kanker, dll).

2.2.3 Tugas Rumah Sakit

Rumah Sakit memiliki tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna meliputi pelayanan promotif, preventif dan kuratif dan rehabilitasi (Kemenkes RI,2009).

2.2.4 Fungsi Rumah Sakit

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan adapun fungsi Rumah Sakit :

- 1) Mengkoordinasi pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan Rumah Sakit.
- 2) Melaksanakan usaha preventif dan promotif bagi setiap orang dengan menyediakan pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai kebutuhan medis.
- 3) Meningkatkan mutu sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan.
- 4) Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

2.3 Rumah Sakit Umum Daerah Genteng

2.3.1 Profil

Rumah Sakit Umum Daerah Genteng (RSUD Genteng) berdiri pada tahun 1981, yang semula berfungsi sebagai rawat inap bagi Puskesmas Genteng kulon. Rumah Sakit Umum Daerah Genteng terletak tepatnya di jalan Hasanudin No. 98 Genteng, berada diwilayah Banyuwangi selatan yang berjarak $\pm$ 35 km dari kota Banyuwangi dan $\pm$ 60 km dari kota Jember. Lokasi Rumah Sakit mudah terakses kendaraan umum karena berada di tepi jalan raya. Kearah timur menuju kota Banyuwangi, Bali, dan Situbondo dan kearah barat menuju kota Jember dan Bondowoso. Pada tanggal 20 juni tahun 1984 disahkan menjadi Rumah Sakit kelas D berdasarkan Peraturan Pemerintah Daerah Kabupaten Banyuwangi No. 6

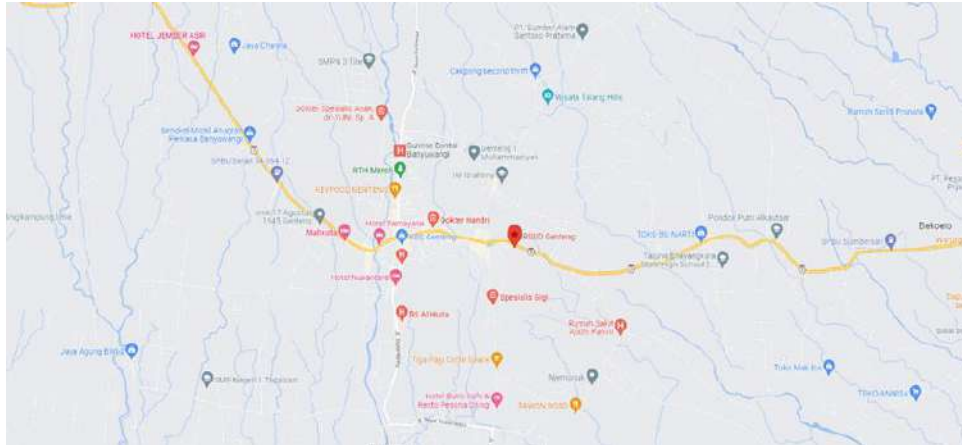
dan Keputusan Gubernur KDH TK. I Jawa Timur No. 338/P tanggal 12 Oktober Tahun 1984.

Kemudian berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 168/Menkes/II/1994 ditingkatkan statusnya menjadi Rumah Sakit Kelas C pada tanggal 3 Maret 1994. Ditindaklanjuti dengan surat Keputusan Bupati Nomor 188/1561/KEP/429.011/2011 Tanggal 30 Desember 2011 Rumah Sakit Umum Genteng ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah Genteng (BLUD) penuh sampai sekarang. Sesuai dengan Peraturan Bupati Banyuwangi yang dimaksud Rumah Sakit Umum Daerah Genteng sebagai salah satu SKPD, yang selain mempunyai tugas pokok dan fungsinya juga mempunyai tugas yang amat penting dalam rangka upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Banyuwangi, khususnya pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (rujukan). Didukung oleh sumber daya profesional termasuk Dokter Umum dan Dokter ahli dari berbagai spesialisasi Rumah Sakit Umum Daerah Genteng menyediakan pelayanan diantaranya : pelayanan IGD, pelayanan rawat inap, 23 poli rawat jalan, pelayanan penunjang (Instalasi Laboratorium, Radiologi, Penunjang non medis dll).

Berdasarkan Peraturan Bupati Banyuwangi Nomer 46 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Struktur Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Banyuwangi memiliki tugas yaitu melaksanakan urusan pemerintahan bidang kesehatan sub urusan upaya kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, dan melaksanakan upaya rujukan.

Fungsi RSUD Genteng Kabupaten Banyuwangi adalah:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.



Gambar 2.1 Denah Lokasi RSUD Genteng

2.3.2 Visi, Misi dan Motto

- 1) Visi

Terwujudnya Banyuwangi Yang Semakin Maju, Sejahtera Dan Berkah

- 2) Misi

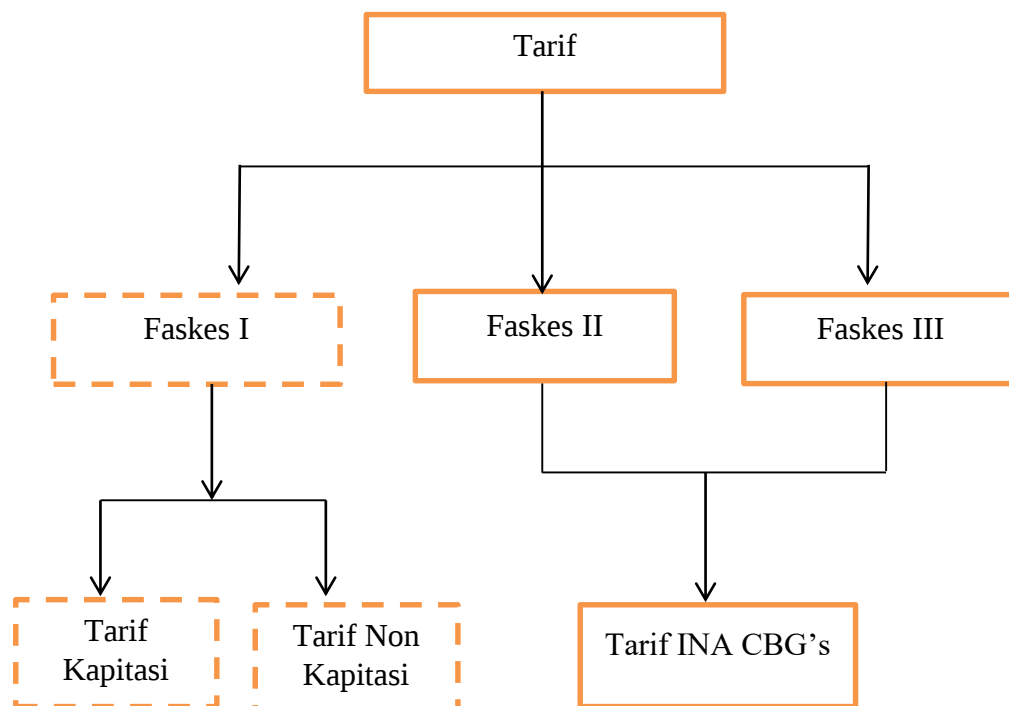
Membangun SDM Unggul Sehat Jasmani Rohani Produktif Dan Berkarakter

Melalui Peningkatan Akses Serta Kualitas Pelayanan Pendidikan Kesehatan
Dan Kebutuhan Dasar Lainnya.

3) Moto

Kepuasan Pasien Harapan Kami !!!

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :



: diteliti



: tidak diteliti

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis Penelitian ini merupakan penelitian observasional yang dilakukan secara retrospektif. Penelitian dengan menggunakan data sekunder di bagian rekam medis di poli rawat jalan RSUD Genteng tahun 2021.

3.2 Tempat Dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat

Penelitian dilakukan di poli rawat jalan RSUD Genteng.

3.2.2 Waktu

Penelitian diadakan pada bulan Maret 2023.

3.3 Definisi Operasional

Tabel berikut akan menjelaskan definisi dari masing-masing variabel penelitian, pembuatan definisi operasional berguna untuk melihat batas-batas pengertian dari variabel yang akan diteliti sehingga dapat diukur dan diteliti :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala data
Biaya pasien BPJS di poli rawat jalan RSUD Genteng.	Biaya yang dibayarkan oleh pasien BPJS di poli rawat jalan yang sesuai dengan tarif Rumah Sakit dan tarif INA-CBG's.	1. Biaya/Konsultasi Dokter/ Karcis/ Admin 2. Biaya Obat/ Alkes/ BMHP/Obat Kronis 3. Biaya Tindakan: a. Memberikan injeksi/ Tenaga Ahli b. Pemasangan dower catheter/Prosed.Non Bedah c. Rawat luka/Sewa Alat d. Angkat jahitan 4. Biaya penunjang : a. Laboratorium b. Radiologi c. Penunjang ECG/gizi d. ASKEP e. Keperawatan f. Kebidanan	Lembar Observasi	Rasio

3.4 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian berikut ialah seluruh pasien BPJS di poli rawat jalan pada tahun 2021 di RSUD Genteng yang berjumlah 41.727 pasien.

3.4.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik simple random sampling. Besaran sampel ditentukan dengan perhitungan rumus Slovin. Jumlah kunjungan pasien BPJS di poli rawat jalan selama Januari-Desember 2021 berjumlah 41.727 pasien.

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot (e)^2}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

e = nilai kritis (batas kesalahan) yang diinginkan adalah 5%

dari rumus diatas di dapatkan angka sebagai berikut :

$$n = \frac{41.727}{1 + 41.727 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{41.727}{104,32}$$

n = 399,9 maka di bulatkan menjadi 400 sampel.

3.4.3 Kriteria Sampel Penelitian

1) Kriteria Inklusi

- a. Biaya pasien BPJS di poli rawat jalan.

- b. Biaya pasien BPJS yang memiliki kelengkapan data rekam medis dan rincian data biaya perawatan.
- c. Biaya pasien BPJS yang tidak terbayarkan oleh INA-CBG's.

2) Kriteria Eksklusi

Biaya pasien umum di poli rawat jalan .

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah lembar observasi.

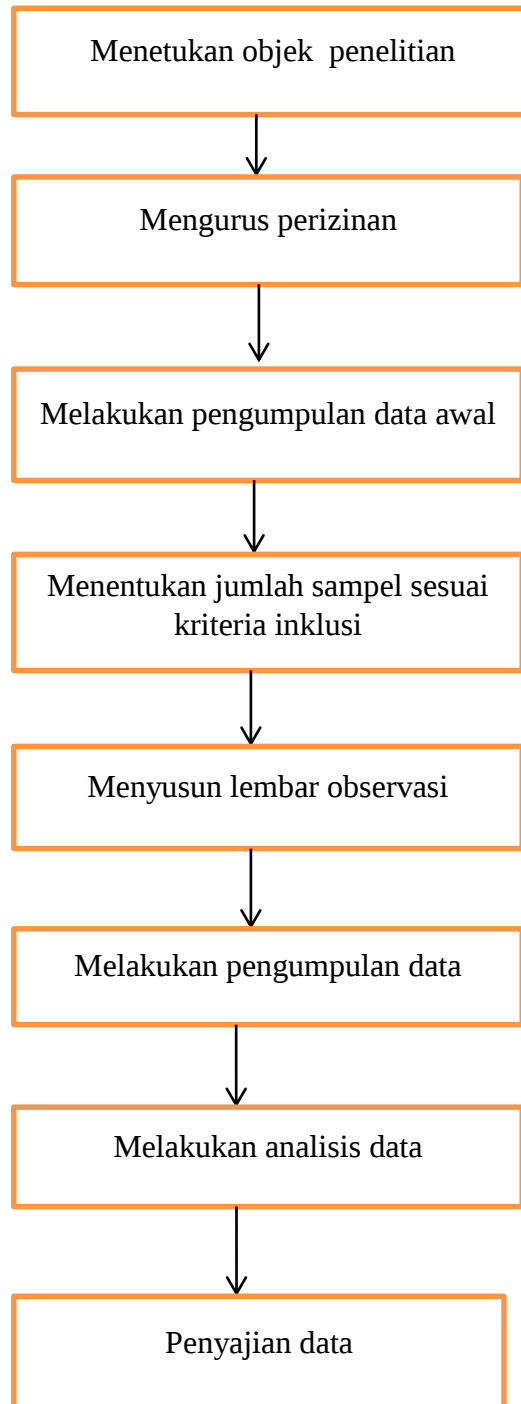
3.6 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara mengamati sumber data di bagian rekam medis pasien. Data rincian medik langsung dan data klaim INA-CBG's pasien BPJS di poli rawat jalan periode Januari – Desember tahun 2021. Sampling data diambil secara random.

3.7 Analisis Data

Setelah peneliti melakukan pengolahan data kemudian data di analisis. Analisis data dilakukan untuk mengetahui selisih antara tarif riil Rumah Sakit dengan tarif INA-CBG's.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian