

Analisis Implementasi Kebijakan Case Mix INA-CBG'S (Indonesian Case Base Groups) Berdasarkan Permenkes NO. 59 Tahun 2014 Di Rumah Sakit Pabatu Kabupaten Serdang Bedagi*Analysis of Case Mix Policy Implementation INA-CBG'S (Indonesian Case Base Groups) Based on Permenkes NO. 59 of 2014 at the Pabatu Hospital Districts Serdang Bedagi***Muhammad Hafiz^{1*}, Thomson P. Nadapdap², Iman Muhammad²**¹Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat, Institut Kesehatan Helvetia, Medan²Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, Institut Kesehatan Helvetia, Medan(*)Email Korespondensi : mhdhfz1972@gmail.com**ABSTRAK**

Kebijakan pemerintah menetapkan standar tarif layanan kesehatan dalam pelaksanaan program asuransi kesehatan melalui Permenkes No. 59 tahun 2014 dianggap merugikan rumah sakit, karena perhitungan biaya didasarkan pada tingkat Case Mix INA-CBG. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi kebijakan Case Mix INA-CBG berdasarkan Permenkes No. 59 tahun 2014. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Pabatu. Informan penelitian sebanyak 9 orang yang terdiri dari. Analisis data kualitatif dengan tahapan reduksi data, tampilan data, dan penarikan kesimpulan atau verifikasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program Kesehatan BPJS secara keseluruhan baik dalam pandangan sistem reguler, lebih menguntungkan masyarakat (pasien) karena layanan murah (gratis). Penerapan kebijakan tarif campuran kasus INA-CBGs berdasarkan Permenkes No. 59 tahun 2014 menyebabkan Rumah Sakit Pabatu menderita kerugian. Penentuan tarif untuk dokter / dokter spesialis di Rumah Sakit Pabatu berdasarkan persetujuan direktur dengan dokter spesialis. Pendanaan operasional Rumah Sakit Pabatu melalui Top Up didasarkan pada perbedaan antara tarif Rumah Sakit Pabatu dan Case Mix INA-CBGs. Rumah Sakit Pabatu mengklaim pembayaran melalui verifikasi BPJS Kesehatan. Saat ini ada tunggakan pembayaran selama 2 bulan oleh BPJS Kesehatan. Layanan untuk pasien BPJS Kesehatan adalah sama antara pasien umum dan pasien BPJS Kesehatan, perbedaannya hanya pada fasilitas yang digunakan. Keuntungan dari Rumah Sakit Pabatu bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat mendukung program pemerintah dalam menyediakan layanan kesehatan kepada masyarakat. Kendala / hambatan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan adalah laba dari rumah sakit menjadi kerugian yang kadang kala berkurang, keterlambatan pembayaran klaim, SDM rumah sakit kurang mengikuti perubahan peraturan BPJS. Direkomendasikan bahwa Rumah Sakit Pabatu menemukan sumber pendapatan lain, termasuk pelatihan untuk sumber daya manusia, meningkatkan kesejahteraan dokter.

Kata Kunci : Implementasi Kebijakan; Case Mix INA-CBGs.**ABSTRACT**

Government policy sets health service tariff standards in the implementation of health insurance programs through Permenkes No. 59 of 2014 is considered detrimental to the hospital, because the cost calculation is based on INA-CBG's Case Mix rates. The purpose of this study was to analyze the implementation of the Case Mix policy of INA-CBG based on Permenkes No. 59 of 2014. This type of research is a qualitative research with a descriptive approach. The study was conducted at the Pabatu Hospital. Research informants as many as 9 people consisting of. Qualitative data analysis with the stages of data reduction, data display, and conclusion or verification. The results showed that the BPJS Health program as a whole was good in view of the regular system, benefiting the community more (patients) because of cheap (free) services. The application of the INA-CBGs case mix tariff policy based on Permenkes No. 59 of 2014 caused Pabatu Hospital to suffer losses. Determination of rates for doctors / specialist doctors at Pabatu Hospital based on the agreement of the director with the specialist doctor. The operational funding of Pabatu Hospital through Top Up is based on the difference between the Pabatu Hospital rates and the Case Mix INA-CBGs. Pabatu Hospital claim payment through BPJS Health verification. Currently there is a payment arrears for 2 months by BPJS Health. Services for BPJS Health patients are the same between general patients and BPJS Health patients, the difference is only in the facilities used. The advantage of Pabatu Hospital in collaboration with BPJS Health can support government programs in providing health services to the community. Constraints / obstacles in collaboration with BPJS Health are the profit of the hospital becoming less sometimes loss, late payment of claims, hospital HR are less follow the changing BPJS regulations. It is recommended that Pabatu Hospital find other sources of income, include training for human resources, improve the welfare of doctors.

Keywords : Policy Implementation; Case Mix INA-CBGs.

PENDAHULUAN

Sejak awal tahun 2014, pemerintah memberlakukan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di bidang kesehatan yang telah dilaksanakan oleh Badan Pelaksana Jaminan Kesehatan (BPJS). Tetapi di balik keuntungan dan manfaat dari BPJS kesehatan, di sisi lain BPJS menghadapi berbagai masalah dan keluhan dari masyarakat maupun dari tenaga medis sendiri. Permasalahan yang ada selama dijalankannya program JKN adalah besarnya biaya pengeluaran manfaat asuransi, tarif yang kurang memadai, mutu pelayanan rendah, dan sebagainya. Salah satu keluhan dari tenaga medis seperti dokter yaitu pendapatan yang diperoleh menjadi lebih kecil dibandingkan sebelum diberlakukan BPJS kesehatan. Hal tersebut hampir dialami oleh rumah sakit di Indonesia seperti yang terjadi di Rumah Sakit Pabatu.

Data Rumah Sakit Pabatu bahwa jumlah pasien BPJS yang berobat ke Rumah Sakit Pabatu selama 2 tahun terakhir mengalami peningkatan. Pada tahun 2017 jumlah pasien BPJS sebanyak 568 pasien sedangkan tahun 2018 meningkat menjadi 659 pasien (1). Masalah pembiayaan dalam program JKN ini terutama masalah dalam pengendalian biaya dan di sisi lain rendahnya tarif INA-CBG (Indonesia Case Base Groups). Berdasarkan data berkaitan dengan pembiayaan BPJS di Rumah Sakit Pabatu Kabupaten Serdang Bedagai bahwa pada tahun 2019 (per Juni 2019) jumlah Jasa dokter berdasarkan biaya rumah sakit sebesar Rp.3.560.135.066 sedangkan besaran biaya berdasarkan perhitungan tarif Indonesia Case Base Groups (INA CBGs) sebesar Rp.3.044.200.000 sehingga terdapat perbedaan sebesar Rp. 515.935.066.- yang harus diminta untuk dibayarkan (top up) pihak Rumah Sakit Pabatu Kabupaten Serdang Bedagai kepada PT. Perkebunan IV. Tidak hanya perbedaan tentang jasa dokter, tetapi biaya rawat inap dan rawat jalan juga mengalami perbedaan antara penetapan tarif dari rumah sakit dengan tarif BPJS dalam INA-CBGs tetapi tarif layanan rawat inap dan layanan rawat jalan juga mengalami perbedaan biaya dan harus di top up oleh pihak PT. Perkebunan IV sebesar Rp.2.470.693.996, selama 6 bulan terakhir (Januari 2019 – Juni 2019) (2).

Perbedaan tarif Rumah Sakit Pabatu Kabupaten Serdang Bedagai dengan tarif INA-CBGs sering menjadi masalah dalam pembiayaan BPJS Kesehatan. Ikatan Dokter Indonesia (IDI) meminta pemerintah mengevaluasi tarif Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs), karena tarif yang berlaku saat ini berada di bawah standar keekonomian. Selain tarif INA-CBGs, dana kapitasi yang diberikan pemerintah terlalu rendah. Oleh karena itu IDI meminta adanya kenaikan dana kapitasi. Tarif yang digunakan pada INA-CBGs dapat berdampak pada standar pelayanan rumah sakit yang menurun. Bila tarif tersebut terlalu rendah, fasilitas kesehatan akan sulit melakukan kendali mutu. Selisih tarif INA-CBGs antara

pihak RS swasta dengan pemerintah sebesar 2% hingga 3%. Padahal rumah sakit swasta tidak mendapat subsidi seperti RS pemerintah. Selain itu kecepatan dan ketepatan pembayaran, keberlangsungan pelayanan kepada peserta, dan alternatif pembiayaan juga menjadi masalah. Hal ini berdampak terhadap pembayaran biaya BPJS yang dapat menunggak selama 3 hingga 4 bulan. Data dari Rumah Sakit Pabatu bulan Juli 2019 jumlah tagihan ke BPJS ketenagakerjaan berkaitan dengan kecelakaan yang dialami oleh karyawan PTPN IV sebanyak Rp.137.300.779, sedangkan yang dibayar oleh pihak BPJS ketenagakerjaan sebanyak Rp.58.721.015.- Kecilnya klaim Rumah Sakit Pabatu yang disetujui oleh pihak BPJS Ketenagakerjaan disebabkan karena pasien dan rumah sakit belum melengkapi persyaratan. Tetapi biasanya setelah persyaratan dilengkapi maka sisanya dibayarkan oleh pihak BPJS ketenagakerjaan. Tarif yang diterapkan Rumah Sakit Pabatu pada pasien peserta BPJS tidak mengacu pada tarif INA CBGs (1).

Pemerintah Kabupaten Serdang Bedagai melakukan penandatanganan Perjanjian Kerja Sama (PKS) Integrasi PBI APBD Kabupaten Serdang Bedagai tahun 2018 dengan BPJS Kabupaten Serdang Bedagai. Pemkab Serdang Bedagai mengintegrasikan 40.125 jiwa penduduk yang termasuk dalam kategori miskin dan tidak mampu didaftarkan dalam PBI APBD Kabupaten Serdang Bedagai Tahun 2018, sehingga jumlah yang terdaftar sebagai peserta JKN-KIS di Kabupaten Serdang Bedagai sampai dengan tanggal 1 Januari 2018 berjumlah 350.441 jiwa dari 642.834 jiwa Penduduk yang ada di Kabupaten Serdang Bedagai atau 54% dari total jumlah penduduk Kabupaten Serdang Bedagai (3).

Sejak pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), banyak menghadapi permasalahan. Masyarakat mengeluhkan sulitnya mendapatkan pelayanan yang memadai. Pada saat akan melakukan pemeriksaan penunjang baik pemeriksaan laboratorium maupun radiologi kadang harus datang beberapa kali dikarenakan jatah biaya sudah melampaui paket INA-CBG's. Tidak jarang terlihat pasien komplain pada saat mengambil obat di apotik yang disebabkan oleh obat yang tidak tersedia (kosong) ataupun jumlah obat yang diterima dirasakan pasien kurang. Di pihak lain, banyak rumah sakit yang mengeluh dengan besaran tarif pembiayaan yang diatur dalam Permenkes No 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Besaran tarif dalam peraturan tersebut dianggap terlalu kecil dan tidak sesuai dengan jasa medis, harga obat dan reagen atau bahan habis pakai terkini(4). Implementasi kebijakan JKN sebagai asuransi kesehatan masih memiliki beberapa masalah dalam implementasinya, salah satunya tarif INA CBGs yang dianggap rendah seperti yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 59 tahun 2014 yang menyebabkan besaran biaya yang dibutuhkan tidak sesuai dengan pelayanan yang harus diberikan oleh tenaga

kesehatan, sehingga mengakibatkan ketidakpuasan dokter terhadap BPJS dan kemungkinan terjadinya kerugian pada rumah sakit (5).

Sistem kapitasi yang hendak diterapkan bagi para dokter di layanan kesehatan primer (puskesmas) bisa membuat para dokter rugi atau berkurang pendapatannya akibat bertambahnya jumlah pasien. Selain itu, sistem Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs) yang diterapkan masih memiliki kelemahan antara lain ada beberapa layanan yang belum tercantum. Ada beberapa spesialis, penunjang terutama, yang tidak masuk dalam INA-CBGs. Tindakannya tidak disebutkan atau ada tapi biayanya tidak mencukupi. Misalkan melakukan tindakan tapi biayanya hanya cukup untuk membayar bahan yang dipakai, tidak ada untuk membayar dokternya. Biaya kapitasi dan INA-CBGs yang terlalu kecil berisiko terhadap menurunnya kualitas pelayanan pada pasien dan menyebabkan terjadinya kecurangan (fraud) oleh rumah sakit.

METODE

Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Lokasi penelitian ini di Rumah Sakit Pabatu. Informan penelitian sebanyak 9 orang. Informan utama adalah Kepala Rumah Sakit Pabatu, Dokter Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi, Kepala Keuangan Rumah Sakit Pabatu. Sedangkan informan triangulasi adalah Kabid Pelayanan Medis, dan Kabid Pelayanan Non Medis, dan 2 orang pasien peserta BPJS Kesehatan. Teknik penarikan sampel dengan cara bola salju (snowballing). Analisis data secara kualitatif dengan tahapan data reduction, data display, dan conclusion or verification.

HASIL DAN PEMAHASAN

Karakteristik Responden. Informan penelitian ini sebanyak 9 orang yaitu Direktur Rumah Sakit Pabatu, Dokter Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi, Kepala Keuangan, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Pelayanan Non Medis masing-masing 1 orang, dan 2 orang pasien pengguna BPJS. Berdasarkan umur informan, rentang antara 40 tahun sampai dengan

67 tahun. Berdasarkan jenis kelamin, sebanyak 5 orang adalah laki-laki dan 4 orang perempuan. Berdasarkan tingkat pendidikan, berpendidikan S-2 sebanyak 2 orang, S-1 sebanyak 5 orang, berpendidikan SD sebanyak 1 orang dan SMP 1 orang. Lama bekerja Informan 1 sampai dengan Informan 7 yaitu antara 3 tahun sampai 31 tahun.

PEMBAHASAN

Program BPJS Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 maka dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS yang merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Sosial Nasional dan program BPJS Kesehatan ini resmi mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan memberikan mekanisme yang dapat meningkatkan keterjangkauan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan. Jangkauan fasilitas kesehatan diperluas hingga mampu melayani kalangan masyarakat menengah ke bawah dan tidak hanya kalangan masyarakat menengah ke atas, seperti halnya persepsi masyarakat yang menganggap fasilitas kesehatan tidak terjangkau karena kesulitan ekonomi. Dengan demikian BPJS dapat memenuhi asas pemerataan layanan kesehatan bagi masyarakat (6). Pelaksanaan program kesehatan terus diperbaiki, karena peserta BPJS Kesehatan, mitra BPJS Kesehatan atau fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik dan dokter terus bertambah. Adanya program jaminan kesehatan nasional BPJS Kesehatan ini sangat membantu masyarakat untuk meringankan biaya pengobatannya, sehingga pada saat sekarang ini banyak ditemui pasien yang menggunakan layanan BPJS Kesehatan salah satunya di rumah sakit perkebunan (7).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa Program BPJS Kesehatan memiliki kelebihan jika dilihat dari sistemnya, yang memberikan kemudahan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu sistem rujukan berjenjang yang diterapkan BPJS Kesehatan berdasarkan Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan Nomor 4 tahun 2018 tentang penyelenggaraan sistem rujukan berjenjang. Kemudian BPJS Kesehatan melakukan upaya preventif untuk pasien-pasien kronis. Selanjutnya ada rujuk balik obat Program

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Informan Penelitian

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Lama Bekerja	Keterangan
1	Ny. S.N.A	56 tahun	Perempuan	S-2 Kesmas	30 tahun	Direktur RSUD Pabatu
2	Tn. H.	53 tahun	Laki-laki	S-2 Spesialis	31 tahun	Dokter Spesialis
3	Tn. R.	43 tahun	Laki-laki	S-1 Kedokteran	4 tahun	Dokter Umum
4	Ny. D. I. L	43 tahun	Perempuan	S-1 Dokter Gigi	7 tahun	Dokter gigi
5	Tn. M. B	40 tahun	Laki-laki	S-1 Ekonomi	5 tahun	Kepala Keuangan
6	Tn. A. H. L	40 tahun	Laki-laki	S-1 Kedokteran	3 tahun	Kabid YanMedis
7	Ny. S.H.P	44 tahun	Perempuan	S-1 Kedokteran	10 tahun	Kabid Yan Non Medis
8	Ny. G	67 tahun	Perempuan	SD	-	Pasien (pensiunan)
9	Tn. N.	66 tahun	Laki-laki	SMP	-	Pasien (pensiunan)

Rujuk Balik (BRB), yang sangat membantu. Untuk sistem rujukan berjenjang jika selama ini Rumah Sakit Pabatu menerapkan *fee for service* atau tarif rumah sakit berdasarkan apa yang dilayani. Semua itu bisa dibayar tapi hal tersebut membuat biaya kesehatan PTPN IV menjadi membengkak. Dengan penerapan sistem rujukan berjenjang ini, pasien tidak bisa memilih mau ke rumah sakit mana saja, tetapi sudah ditentukan rumah sakitnya oleh BPJS Kesehatan secara berjenjang.

Program BPJS Kesehatan ini banyak sekali manfaatnya untuk kepentingan pasien karena banyak yang terbantu dalam program kesehatan. Tetapi tetap tidak bisa menghilangkan sisi negatifnya itu, karena ada beberapa hal yang merugikan rumah sakit. Program BPJS Kesehatan masih perlu banyak perbaikan terutama dalam hal tarif INA-CBGs ke rumah sakit untuk mendapatkan peningkatan pelayanan yang optimal kepada pasien. Program BPJS Kesehatan sangat baik, karena pasien atau warga masyarakat dapat berobat gratis. Program BPJS Kesehatan bersifat tolong menolong. Banyak warga masyarakat yang mengeluhkan tentang pelayanannya yang kurang dengan menggunakan BPJS Kesehatan ini. Untuk itu masyarakat perlu diberi penyuluhan-penyuluhan bahwa uang yang dibayarkan tersebut tujuannya untuk menolong orang lain karena mengandung sistem gotong royong.

BPJS kesehatan merupakan Badan Usaha Milik Negara yang berubah menjadi Badan Hukum Publik yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Program ini melayani berbagai lapisan dari kalangan masyarakat. BPJS Kesehatan untuk memberikan proteksi agar seluruh lapisan masyarakat mendapatkan akses kesehatan secara merata. Tujuan program BPJS Kesehatan yaitu mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan yang layak bagi setiap peserta sebagai pemenuhan kebutuhan dasar hidup penduduk Indonesia (7).

Penerapan Kebijakan Case Mix INA-CBGs

Berkaitan dengan penerapan kebijakan Case Mix INA-CBGs di Rumah Sakit Pabatu bahwa dengan adanya kebijakan Case Mix INA-CBGs ini pembiayaan untuk pasien PTPN otomatis mengalami kelebihan, artinya biaya berdasarkan tarif Rumah Sakit Pabatu lebih tinggi (lebih besar) dibandingkan dengan tarif case mix INA-CBGs sehingga jika dihitung-hitung maka Rumah Sakit Pabatu mengalami kerugian. Tarif Case Mix INA-CBGs tidak ada item-item khusus. Misalnya operasi apendisitis, budget dari BPJS Kesehatan ke rumah sakit ditentukan besarnya dan ditentukan besaran honor untuk dokter spesialisnya. Misalnya honor dokter spesialis untuk Rumah Sakit tipe B, tipe C, tipe D ada ketentuannya sehingga ada standarisasi. Menurutnya dengan adanya ketentuan tersebut pihak Rumah Sakit Pabatu itu tidak suka sukanya menentukan tarif dokter spesialis. Menurutnya penerapan kebijakan Case Mix

INA-CBGs sesuai Permenkes No. 59 Tahun 2014 relevan untuk Rumah Sakit Pabatu apalagi jika ada standarisasi dari BPJS Kesehatan Pusat. Maksud relevan masih dalam tanda kutip "harus ada perbaikan". Tarif case mix INA-CBGs adalah tarif yang diberlakukan oleh BPJS Kesehatan terhadap Rumah Sakit Pabatu. Sebenarnya tarif dari Rumah Sakit Pabatu sudah ada, hanya saja tarif yang diberlakukan di Rumah Sakit Pabatu adalah tarif dari BPJS Kesehatan berdasarkan Case Mix INA-CBGs karena apabila terjadi perbedaan, maka bisa saja terjadi fraud ataupun pending klaim dari BPJS Kesehatan. Hal tersebut dapat mengakibatkan tidak ada pembayaran karena tidak sesuai dengan tarif Case Mix INA-CBGs berdasarkan diagnosa INA-CBGs.

Tarif Indonesian-Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif Case Mix INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRLT atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (PMK No.52 Tahun 2016) (9). Rumah sakit yang surplus dalam era BPJS Kesehatan ini adalah rumah sakit yang mampu menerapkan efisiensi dan efektivitas biaya, dapat membangun manajemen kesehatan yang baik, mutu coding yang baik, mutu klaim yang baik dan tentu saja tidak melakukan fraud (10).

Sejak adanya BPJS Kesehatan, banyak sekali tindakan-tindakan dokter gigi yang dibayar tidak sesuai dengan biaya operasional pelayanan gigi. Apalagi pelayanan kedokteran gigi banyak melakukan tindakan dibanding pemeriksaan sehingga banyak bahan-bahan gigi yang dipakai selama ini tidak dibayar sesuai dengan tarifnya. Menurutnya ada banyak perbedaan tarif selama BPJS Kesehatan. Dahulu sebelum diberlakukan tarif Case Mix INA-CBGs oleh BPJS Kesehatan, pelayanan dokter gigi dibayar per tindakan, konsultasi tindakan dibayar tetapi sejak diberlakukan tarif Case Mix INA-CBGs semuanya all in atau menjadi satu. Jadi tindakan dan konsultasi dibayar menjadi satu paket pembayaran. Untuk tindakan di rumah sakit itu sendiri semua tindakannya itu dibayar satu harga (*price-nya sama*), seperti tindakan Exo (cabut gigi), scaling, tambal gigi, pencabutan dengan kesulitan, pencabutan dengan komplikasi, kuretase semuanya dibayar sama. Jadi, pembayaran tidak berdasarkan tingkat kesulitan yang dikerjakan oleh dokter gigi. Dahulu, sebelum ada tarif case mix INA-CBGs berdasarkan tingkat kesulitan. Karena tarifnya segitu, menurutnya hal tersebut kurang relevan, karena tidak ada perbedaan tarif. Semua tindakan sama dibayarnya sesuai dengan tarif case mix INA-CBGs.

Penerapan Case Mix INA-CBGs oleh BPJS Kesehatan maka untuk pendapatan yang diperoleh dari BPJS murninya sekitar 1,4 milyar sampai dengan 1,6 milyar per bulan. Jadi kalau per tahun jumlah tersebut dikalikan selama 12 bulan. Secara global jika menggunakan tarif Rumah Sakit Pabatu, mungkin sekitar 2 Milyar pendapatan per bulan, jadi selisihnya luma-

yan jauh sekitar 400 juta sampai 600 juta dengan tarif Case Mix INA-CBGs. Beberapa hal mungkin penerapan kebijakan Case Mix INA-CBGs ini menguntungkan, tapi beberapa hal tetap ada kesan merugikannya. Kalau yang menguntungkan artinya kalau di BPJS Kesehatan untuk pasien-pasien yang rutin seperti Hemodialisa rutin, itu kan menguntungkan sekali, pasien kan diuntungkan dengan tidak perlu membayar, pihak Rumah Sakit Pabatu bisa mengajukan klaim penuh ke BPJS Kesehatan. Kalau kesannya rugi, karena adanya perbedaan tarif yang dibuat Rumah Sakit Pabatu dengan tarif Case Mix INA-CBGs yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan melalui Permenkes No. 59 Tahun 2014. Pemberlakuan dan penerapan kebijakan tarif Case Mix INA-CBGs masih belum sesuai. Masih perlu ditingkatkan tarifnya, supaya pasien mendapatkan pelayanan yang optimal. Dengan adanya penerapan kebijakan tarif Case Mix INA-CBGs ini belum sesuai dengan yang diharapkan pihak Rumah Sakit Pabatu untuk mencapai pelayanan yang optimal. Secara keseluruhan dari pendapat informan di Rumah Sakit Pabatu bahwa penerapan kebijakan Case Mix INA-CBGs dilihat dari keuangan merugikan. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Ode bahwa dari hasil wawancara diperoleh informasi dengan diberlakukannya sistem pembayaran Case Mix INA-CBGs, rumah sakit memperoleh dampak positif terhadap keuangan atau pendapatan RSUD Bahteramas Provinsi Sultra, diantaranya dapat meningkatkan pembiayaan dan pendapatan rumah sakit (11).

Rumah sakit sebagai fasilitas rujukan tingkat lanjut memiliki peran penting dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Untuk pembayaran pelayanan kesehatan bagi peserta JKN yang dirawat di rumah sakit, BPJS kesehatan melakukan pembayaran berdasarkan tarif Indonesian Case Mix INA-CBGs. Namun hal ini belum efektif karena dengan tarif INA CBGs berpotensi menimbulkan kerugian bagi Rumah Sakit karena ketidaksesuaian antara pembiayaan tarif Rumah Sakit dan tarif Case Mix INA-CBGs (12).

Penentuan Tarif Dokter/Dokter Spesialis di Rumah Sakit Pabatu

Ada beberapa cara pembayaran dokter atau dokter spesialis. Seperti dokter penyakit dalam dengan 2 cara pembayaran. Dokter Rima (dokter spesialis penyakit dalam) dibayar secara all in, pihak Rumah Sakit Pabatu membayar sesuai perjanjian setiap bulannya. Sementara dokter Siti Fatimah (dokter spesialis penyakit dalam) tidak mau dengan cara seperti itu. Atas kesepakatan bersama, ia menginginkan ada uang standar untuk transport kemudian dihitung per pasien yaitu 65% untuk dokter tersebut, dan 35% untuk Rumah Sakit Pabatu.

Untuk pembayaran dokter atau dokter spesialis di Rumah Sakit Pabatu menggunakan tarif Rumah Sakit Pabatu. Karena berdasarkan tarif Case Mix INA-CBGs merupakan sistem paket, tidak ada ditentukan tarif dokternya. Pihak Rumah Sakit Pabatu menggunakan tarif

Rumah Sakit misalnya untuk sekali visite dokter di Rumah Sakit Pabatu adalah Rp. 60.000 untuk dokter spesialis. Dari harga tersebut 65% atau 70% untuk dokter spesialis dan 30%-35% untuk Rumah Sakit Pabatu. Jadi, menurutnya tidak bisa membandingkan tarif Rumah Sakit Pabatu dengan tarif Case Mix INA-CBGs, karena pada tarif Case Mix INA-CBGs tidak tarif dokter. Berdasarkan hasil penelitian Safriantini dkk. dari wawancara dengan dokter keluarga yang bekerja dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) PT. Jamsostek Kacab DIY, persepsi dokter keluarga tentang besaran kapitasi saat ini menunjukkan bahwa besaran kapitasi yang diterima lebih rendah/tidak sebanding dengan pelayanan yang harus mereka berikan kepada peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (13).

Tidak ada perbedaan honor dokter untuk pelayanan pasien BPJS Kesehatan maupun pasien umum, karena sudah digaji oleh perusahaan (PT. PMN), jadi tidak ada perbedaan. Sejauh ini memang Rumah Sakit Pabatu sudah menerapkan tarif yang sesuai dengan tarif Case Mix INA-CBGs tetapi jika dihitung menggunakan dengan tarif rumah sakit maka tarif Case Mix INA-CBGs dari BPJS Kesehatan tidak relevan. Jelas ada banyak perbedaannya. Dokter di Rumah Sakit Pabatu sudah ditetapkan berdasarkan golongan, seperti ia sebagai golongan III-b dengan jabatan fungsional di Rumah Sakit Pabatu maka ia mendapatkan gaji sesuai golongan dan jabatan tersebut. Di Rumah Sakit Pabatu ini tidak ada pemberian tarif pada dokter dibayar per pasien, kalau memang bisa seperti itu menurutnya alangkah lebih baik. Kalau rumah sakit yang lain mungkin ada yang seperti itu, karena mereka juga sebagai PNS, gaji dari pemerintah, rumah sakitnya ada sistem Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) seperti yang lalu. Dengan adanya sistem BLUD itu ada keuntungan-keuntungan yang dibagi berapa persen untuk rumah sakit, berapa persen untuk pemerintah daerah selaku pemegang saham. Jadi kemungkinan besar mereka bisa mendapatkan intensif tambahan. Dokter gigi dibayar secara all in, semuanya jadi satu, jadi bukan fee for service. Dokter gigi di Rumah Sakit Pabatu tidak ada lagi tambahan seperti rumah sakit lain yang dibayar setiap ada tindakan.

Penerapan JKN saat ini telah membawa perubahan besar dalam sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan khususnya di rumah sakit. Sistem pembayaran di rumah sakit berubah yang sebelumnya menggunakan sistem fee for service menjadi sistem pembayaran prospective payment system dengan menggunakan tarif Case Mix INA-CBGs dan BPJS Kesehatan ditunjuk sebagai institusi pelaksana program. Sistem rujukan pasien secara berjenjang juga mulai diperlakukan secara lebih ketat dari pelayanan kesehatan primer ke pelayanan kesehatan rujukan atau rumah sakit.

Pembiayaan Rumah Sakit Pabatu Melalui Top Up

PTPN IV top up-nya itu berdasarkan selisih antara tarif Rumah Sakit dengan tarif INA-CBGs. Dana yang sudah dibayar BPJS Kesehatan melalui tarif Case Mix INA-CBGs tidak pernah diminta lagi ke PTPN IV. Padahal kadang-kadang yang dibayar BPJS Kesehatan itu tidak sesuai dengan yang diestimasi oleh Rumah Sakit Pabatu. Misalnya diagnosa operasi apendiks itu sekitar 4 juta atau 5 juta pada tarif Case Mix INA-CBGs BPJS Kesehatan sementara tarif Rumah Sakit sebesar Rp.6.000.000 maka selisih yang satu juta tadi itulah yang kita tagihkan ke PTPN IV untuk pasien PTPN. Tetapi untuk pasien yang menggunakan kartu mandiri pihak Rumah Sakit Pabatu tidak pernah ada iuran biaya kalau biayanya lebih besar daripada tarif INA-CBGs.

Semua tagihan Rumah Sakit Pabatu tersebut dikirimkan ke PT. PMN (Prima Medica Nusantara), kemudian PT. PMN yang mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan secara global. Pihak Rumah Sakit Pabatu melaporkan semua data ke PT. PMN, dan mereka yang melihat sendiri selisihnya. Dalam hal adanya keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, pihak PT. PMN biasanya dibantu oleh induk perusahaan untuk mendahulukan biaya operasional dan biaya-biaya lainnya yang telah dikeluarkan oleh pihak Rumah Sakit Pabatu. Setelah pihak BPJS Kesehatan membayarkan tagihan ke rekening PT. PMN, maka selanjutnya PT. PMN yang melakukan pembayaran ke perusahaan induk. Selama pihak PTPN IV ikut campur dalam masalah keuangan Rumah Sakit Pabatu, maka pembiayaan masih dapat dikatakan aman setiap bulannya. Tetapi jika pihak PTPN IV tidak ikut campur maka akan terjadi masalah di Rumah Sakit Pabatu. Ia mencontohnya ada beberapa rumah sakit umum (RSU) saat ini yang belum dibayar oleh BPJS Kesehatan dari bulan Januari 2019 sampai sekarang (September 2019).

Pengeluaran biaya operasional Rumah Sakit Pabatu sekitar 1,6 milyar sebenarnya melebihi tarif dari BPJS Kesehatan. Operasional yang dimaksud adalah biaya operasional rumah sakit setiap bulannya. Menurutnya, untuk rumah sakit saja untuk pasien kelas tiganya rumah sakit balance biayanya dibandingkan dengan pendapatan yang diperoleh. Untuk pasien kelas 2, pihak Rumah Sakit Pabatu dapat untung sedikit, sedangkan untuk kelas 1, selisih tarif bisa mengurangi pendapatan Rumah Sakit Pabatu. Untuk biaya rata-rata per bulannya pihak Rumah Sakit Pabatu mengeluarkan biaya operasional secara kasarnya secara keseluruhan sekitar 2,1 milyar sampai 2,3 milyar sedangkan untuk gaji saja sekitar 1 milyar. Ia menambahkan bahwa gaji dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan karyawan langsung didrop dari kantor pusat, sehingga pihak Rumah Sakit Pabatu tertolong dalam hal keuangan karena didahulukan pembayaran gaji dan biaya operasional sebelum adanya pembayaran dari BPJS Kesehatan. Mengenai masalah dana top up dari PT. PMN, ada juga yang tidak

dibayarkan, biasanya menyangkut biaya yang kecil-kecil, tapi pada umumnya (90%) dibayar oleh PT. PMN. Masalah pembayaran gaji di Rumah Sakit Pabatu selalu lancar setiap bulannya tidak pernah terlambat. Untuk pegawai tetap Rumah Sakit Pabatu seperti dokter, cara penentuan penggajiannya berdasarkan golongan mengikuti sistem PTPN IV yaitu BKS-BPS sesuai dengan organisasi perkebunan. Untuk karyawan kebun yang berobat di Rumah Sakit Pabatu, maka pihak Rumah Sakit Pabatu dapat melakukan top up, tetapi kalau karyawan yang menggunakan BPJS Mandiri, itu yang jadi beban Rumah Sakit Pabatu. Langkah-langkah yang dilakukan untuk menutupi biaya rumah sakit yang tidak seimbang dengan penerimaan dari BPJS Kesehatan, hanya top up dari kantor Pusat karena belum ada sumber dana lain untuk mengatasi kekurangan dana Rumah Sakit Pabatu. Jadi Top up adalah satu-satunya sumber dana untuk menutupi kekurangan atau defisit pembiayaan rumah sakit dengan menggunakan perbandingan tarif Case Mix INA-CBGs.

Pembayaran Klaim Rumah Sakit Pabatu oleh BPJS Kesehatan

Klaim merupakan tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit (14). Klaim Rumah Sakit Pabatu ke BPJS Kesehatan memang diverifikasi, setelah diverifikasi nanti ada beberapa yang perlu ditunda (pending). Untuk yang sudah clear (bagus), maka pihak BPJS Kesehatan akan membayarnya. Sementara untuk klaim yang ditunda (pending) itu nanti diperiksa kembali kalau memang bisa diloloskan, maka pihak BPJS Kesehatan akan meloloskan dan nanti akan disusulkan klaimnya. Bisa juga kalau ada sesuatu diagnosa yang tidak cocok menurut BPJS Kesehatan atas klaim Rumah Sakit Pabatu maka pihak BPJS Kesehatan tidak membayarnya. Biasanya setelah ditelusuri, memang kesalahan tersebut ada di pihak Rumah Sakit Pabatu misalnya seperti ada beberapa dokumen yang tidak dilampirkan.

Klaim yang tidak lengkap dan dianggap tidak layak diserahkan kembali ke rumah sakit melalui unit penjaminan untuk dikoreksi dan direvisi oleh unit penjamin. Dari hasil koreksi dan revisi dilakukan oleh unit penjamin misal meminta tanda tangan DPJP, penyesuaian koding INA CBG's, telusur prosedur dan terapi kepada DPJP atau melihat rekam medis pasien yang bersangkutan. Klaim yang sudah direvisi akan disertakan pada klaim baru yang diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 bulan berjalan (14). Masalah pembayaran klaim ini, untuk saat ini dapat dikatakan bahwa pembayaran klaim lumayan lancar. Misalnya pihak Rumah Sakit Pabatu sudah menyam-

paikan laporan sampai bulan Oktober 2019 dan pembayaran dari pihak BPJS Kesehatan sudah bulan Juli 2019, berarti ada penunggakan sekitar 2 bulan pembayaran BPJS Kesehatan. Tidak seperti di berita-berita media massa yang penunggakan pembayaran sampai lebih dari 4 bulan. Secara keseluruhan sebenarnya klaim dari BPJS Kesehatan belum dapat menutupi biaya Rumah Sakit Pabatu apalagi ada penundaan pembayaran sampai 2 atau 3 bulan akan mengganggu keuangan rumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Artato bahwa klaim pada peserta BPJS Kesehatan di Rumah Sakit dr Kanujoso Djariwibowo Balikpapan dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien yang berupa resume medis lengkap dengan diagnose menggunakan ICD 10 atau ICD 9 CM serta sudah ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Klaim yang dibayarkan sesuai dengan paket tarif INA CBGS yang telah ditentukan oleh Kemenkes (14). Klaim disetorkan sesuai bulan kejadian. Misal kejadian bulan Juni maka seluruh klaim pasien bulan Juni harus disetorkan ke BPJS Kesehatan lengkap atau tidak lengkap. Jika tidak lengkap maka berkas klaim akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi dan dimasukkan dalam klaim pending atau tagihan tertunda. Klaim diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 pada bulan berjalan yang kemudian akan diverifikasi oleh tim verifikasi BPJS Kesehatan dalam bentuk softcopy dan hardcopy. Jika klaim dianggap lengkap, layak dan sesuai antara diagnose dengan koding INA CBG's dan terdapatnya prosedur dan terapi serta tanda tangan DPJP maka klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja (panduan praktis administrasi klaim faskes BPJS Kesehatan) (14).

Pelayanan pada Pasien BPJS Kesehatan

Pelayanan merupakan semua upaya yang dilakukan karyawan untuk memenuhi keinginan pelanggannya dengan jasa yang akan diberikan. Pasien merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan yang kita berikan dan kepuasan pasien adalah suatu modal untuk mendapatkan pasien lebih banyak dan untuk mendapatkan pasien yang loyal (setia). Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien, jika jasa yang diberikan dapat memenuhi kebutuhan atau harapan pasien baik pasien umum maupun pasien BPJS Kesehatan (16).mRumah Sakit Pabatu tidak ada pengurangan pelayanan pada pasien BPJS Kesehatan walaupun yang diperoleh dari BPJS Kesehatan tidak sesuai dengan tarif Rumah Sakit Pabatu, karena Rumah Sakit Pabatu memiliki sistem top up ke PTPN IV.

Berbeda dengan penelitian Pertiwi di RSUD Kota Surakarta mendapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara pasien BPJS dengan umum pada berorientasi pada pasien (17). Menurut Satrinegara (18), pasien jika memasuki rumah sakit dengan serangkaian harapan dan keinginan dan pada kenyataannya pengalamannya selama mendapatkan pe-

layanan di rumah sakit lebih baik seperti apa yang di harapkannya maka dia akan puas. Kondisi ini rumah sakit harus mengutamakan pihak yang dilayani (client oriented), karena pasien adalah klien yang terbanyak, maka banyak sekali manfaat yang dapat diperoleh suatu rumah sakit bila mengutamakan kepuasan pasien. Hasil penelitian didukung dengan hasil penelitian oleh Yuniarti di RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Kota Pontianak yang menunjukkan hasil dimensi responsiveness atau ketanggapan terhadap pasien mayoritas responden yang menggunakan BPJS mengatakan bahwa pelayanan yang diberikan baik (19).

Adanya anggapan perbedaan pasien umum dengan pasien BPJS Kesehatan, pasti ada perbedaan. Contohnya misalnya sesuai dengan kelas ataupun pelayanan, kalau pasien BPJS Kesehatan sudah tertera sesuai dengan kelas-kelasnya tetapi jika pasien umum, pasien tersebut berhak meminta dirawat di ruangan mana yang ia mau. Kalau pelayanannya tetap sama, jadi yang dimaksud adanya perbedaan hanya sebatas fasilitasnya saja. Kalau pelayanan pemeriksaan pada pasien umum dan pasien BPJS Kesehatan tidak ada perbedaan. Pada dasarnya Rumah Sakit Pabatu adalah Rumah Sakit perusahaan, hampir 90% karyawan PTPN IV sudah terdaftar sebagai pasien BPJS Kesehatan. Jadi sebenarnya tidak terlalu jauh berbeda dengan yang sebelumnya. Hanya saja dengan beberapa regulasi yang pasti ada sedikit perubahan. Sebenarnya tidak ada perbedaan dalam melayani pasien-pasien di luar kebun. Karena yang BPJS Kesehatan kelas 3 sekalipun, BPJS KIS, pelayanannya tetap sama. Prosedur pelayanan pada pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan sebelum mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Pabatu ini seperti biasa yaitu pasien harus mendapatkan rujukan dulu dari faskes tingkat I atau dari FKTP atau rujukan berjenjang.

Konsep pelayanan BPJS Kesehatan menggunakan sistem rujukan berjenjang sebagai berikut: 1) Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK 1) atau disebut juga provider tingkat pertama adalah rujukan pertama yang mampu memberikan pelayanan kesehatan dasar, 2) Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Dua (PPK 2) atau disebut juga provider tingkat dua adalah rujukan kedua yang mampu memberikan pelayanan kesehatan spesialisik dan 3) Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Tiga (PPK 3) atau disebut juga provider tingkat tiga adalah rujukan ketiga yang mampu memberikan pelayanan kesehatan sub spesialisik (20). Menurut pasien yang pernah dirawat di Rumah Sakit Pabatu bahwa pada intinya, yang sudah dijalaninya selama ini di Rumah Sakit Pabatu, semuanya sudah bagus pelayanannya dari mulai pasien tersebut datang di bagian kartu sampai pasien dinyatakan pulang oleh pihak Rumah Sakit Pabatu. Hal-hal yang dinilainya bagus seperti tempat tidur, makan, dan berkaitan dengan pelayanan perawatannya. Demikian juga dengan perawatnya, dokternya juga bagus karena memberikan

pelayanan dengan ramah, ketika pasien bertanya mereka melayani dengan memberikan jawaban yang memuaskan pasien.

Kelebihan atau Keuntungan Rumah Sakit Pabatu Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan memenuhi kebutuhan kesehatan rakyat dengan mewajibkan setiap orang untuk membayar iuran tiap bulan. Kemudian oleh Pemerintah dana tersebut dialokasikan untuk pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bermitra dengan BPJS. Guna mendukung penyelenggaraan program JKN, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan fasilitas kesehatan melalui perjanjian kerjasama sehingga diharapkan dari kerjasama tersebut dapat menguntungkan kedua belah pihak (21). Keuntungannya Rumah Sakit Pabatu bekerjasama dengan BPJS Kesehatan lebih banyak dari sisi pasien, karena mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis atau pun kalau membayar (mandiri) lebih murah dibandingkan jika mengeluarkan biaya sendiri. Jika dilihat dari sudut pandang Rumah Sakit Pabatu, keuntungannya dapat menunjang program pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Program BPJS Kesehatan dengan menggunakan tarif Case Mix INA-CBGs hanya menguntungkan dari pihak pasien saja karena mendapatkan pelayanan yang murah sedangkan dari pihak Rumah Sakit Pabatu kerjasama dengan BPJS Kesehatan mengalami kerugian, tidak saja mengalami kerugian berdasarkan tarif, tetapi juga mengalami kerugian karena adanya keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Rumah Sakit Pabatu sebagai rumah sakit yang dimiliki Perkebunan PTPN IV masalah pembiayaan masih ditanggulangi oleh PT. PMN sehingga kerugian karena penerapan kebijakan Case Mix INA-CBGs ini masih bisa ditutupi.

Kendala / Hambatan Rumah Sakit Pabatu Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

Kendala atau hambatan Rumah Sakit Pabatu bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maka keuntungannya menjadi lebih sedikit dibandingkan sebelum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan karena dahulu menggunakan tarif rumah sakit, dan pelayanan menggunakan sistem fee for service semuanya dibayar, foto dibayar, kunjungan dokter dibayar, mau dokter apa saja dibayar. Tetapi dengan sistem BPJS Kesehatan tidak seperti itu karena sudah dihitung per paket, mau berapa lama pasien dirawat. Dahulu, Rumah Sakit Pabatu mendapatkan keuntungan jika semakin lama pasien dirawat, sekarang tidak, semakin lama pasien dirawat maka Rumah Sakit Pabatu semakin rugi. Ia contohnya, misalnya pasien stroke, dahulu bisa dirawat sampai sebulan dan pasien tersebut belum bisa bekerja, sedangkan sekarang pasien tidak bisa lagi dirawat sampai sebulan, karena itu akan merugikan Rumah Sakit

Pabatu. Belum lagi yang readmisi (readmission), yaitu suatu kejadian seorang pasien dirawat kembali yang sebelumnya telah mendapatkan layanan rawat inap di rumah sakit, jadi dana Rumah Sakit Pabatu menjadi terkuras. Kendala yang lain adanya keterlambatan pembayaran dari pihak BPJS Kesehatan.

Keterlambatan pembayaran klaim tersebut dikawatirkan akan mengganggu keuangan rumah sakit. Bahkan kondisi ini, berpotensi membuat mutu pelayanan menurun, di tengah upaya pemerintah mendorong peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Saat ini proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan cukup lama, yakni dua hingga tiga bulan. Selain itu pemerintah menetapkan satuan harga pengobatan berdasarkan kelas rumah sakit, tidak berdasarkan mutu pelayanannya, hal tersebut juga menjadi salah satu permasalahan rumah sakit swasta, karena RS swasta tidak menggunakan biaya subsidi dari pemerintah (22). Kendala yang paling signifikan, memang sumber daya manusia (SDM) di Rumah Sakit Pabatu yang masih perlu ditingkatkan dalam menyalahi klaim. Jadi, memang Rumah Sakit Pabatu sudah harus menyiapkan SDM-nya. Jadi, secara sistem, sebetulnya BPJS Kesehatan memang sudah benar harus begitu, tapi SDM Rumah Sakit Pabatu yang harus mengembangkan, harus terus belajar dan mengikuti perkembangan BPJS Kesehatan yang setiap detik peraturannya berubah walaupun disadari bahwa perubahan yang dilakukan BPJS Kesehatan mengarah ke aturan yang lebih baik. Penelitian yang dilakukan Ode di Rumah Sakit Umum Bahteramas, Kota Kendari bahwa secara umum, SDM yang dimiliki dan dibangun rumah sakit dalam proses meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk pelaksanaan sistem pembayaran INA-CBGs sudah sesuai dan terlatih. Sumber daya tenaga/manusia merupakan kunci utama keberhasilan dalam penerapan pelayanan kesehatan, untuk itu diperlukan ketersediaan dan kemampuan sumber daya manusia dalam mengelola potensi yang ada di rumah sakit secara efektif dan efisien, sehingga dapat memberikan hasil yang positif. Peran sumber daya manusia (SDM) dalam organisasi rumah sakit ibarat mesin yang akan menjalankan rencana kerja yang telah dibuat (11).

Kendala selama bekerjasama dengan BPJS Kesehatan ini, pihak BPJS Kesehatan membuat peraturan atau membuat sesuatu aturan terkesan tanpa direncanakan, berubah-ubah semauanya sendiri, apa tujuannya pun dokter tak mengerti. Bukan dari awal dibuat standarisasi untuk pelayanan dan tarifnya, tiba-tiba harus membuat ini itu, harus membuat laporan lagi ke BPJS Kesehatan. Kendala yang sering dihadapi masalah dokter umum yaitu sudah tidak lagi diutamakan oleh BPJS Kesehatan, terutama masalah Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) itu wajib kan DPJPnya ada. Dokter umum memang masih bisa, hanya saja tarif dokter umum hendaknya ditambah, tidak hanya berdasarkan tarif Case Mix INA-CBGs. Karena menurut-

nya, dokter umum yang pertama kali menyambut pasien datang dan setelah itu yang mengarahkan pasien untuk mendapatkan pelayanan selanjutnya. Menurut pandangannya, bahwa lebih banyak pekerjaan dokter umum dibanding dokter spesialis, karena dokter spesialis tinggal menerima pasien yang dirujuk maupun pasien yang sudah tinggal konsul setiap minggunya.

Kendala atau hambatan yang dirasakan oleh dokter gigi salah satunya karena pasien semakin banyak, sehingga bahan yang digunakan jadi berbeda (kualitasnya lebih rendah) dengan yang digunakan untuk pasien umum, karena tarifnya juga berbeda. Jangan disamakan untuk tarif Exo biasa dengan Exo dengan komplikasi, tambal biasa dengan tambal komposit dengan sinar laser sama tarifnya. Kuretase scaling, insisi abses juga sama tarifnya jadi tidak ada bedanya, seharusnya dibedakan tarifnya, sehingga dokter gigi lebih sejahtera karena jauh perbedaan tarif Case Mix INA-CBGs dengan tarif Rumah Sakit Pabatu jika dibandingkan secara head to head perbedaannya sekitar 60%, sehingga lebih banyak ruginya. Dokter gigi lebih banyak di tindakan, bukan hanya konsultasi. Kendalanya yang paling susah dihadapi sehari-hari pasien itu misalnya pasien yang di luar captive market kita. Dia bukan karyawan BUMN, tapi punya BPJS baik pemegang kartu KIS ataupun yang BPJS Mandiri ketika datang, biasanya ada rujukan online itu ada rujukan yang berlaku 3 bulan. Jadi setelah rujukannya habis sementara orangnya sudah terlanjur sampai Rumah Sakit Pabatu, sementara lokasi faskes FKTP-nya jauh, kasihan jika diminta untuk balik ke faskes karena makan waktu, kadang-kadang juga tidak punya kontak *Person In Charge* (PIC) FKTP-nya.

Berdasarkan hasil penelitian Novrialdi bahwa hasil wawancara tersebut Rumah Sakit Umum Daerah Tengku Rafi'an Siak Sri Indrapura Kabupaten Siak secara tegas mensyaratkan kelengkapan administrasi dalam pengajuan permohonan, tetapi hal ini justru sering menyulitkan pasien BPJS Kesehatan yang masih kurang paham akan kelengkapan administrasi dalam pengajuan permohonan (20). Sementara dari sudut pandang pasien, sejak RS Pabatu bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yaitu pasien menjadi tidak sabar karena harus mengantri secara teratur, tidak bisa seperti dahulu jika kenal dengan dokter atau orang dalam RS Pabatu maka bisa mendapatkan pelayanan lebih dahulu. Menurutnya, pasien atau masyarakat harus lebih banyak mendapatkan penyuluhan tentang pelayanan BPJS Kesehatan.

KESIMPULAN

Kesimpulan diperoleh bahwa program BPJS Kesehatan secara keseluruhan bagus menurut seluruh informan yang diteliti. Program tersebut bagus dilihat dari sistemnya yang teratur dengan adanya sistem rujukan berjenjang, program rujuk balik, pembayaran biaya per paket. Program BPJS Kesehatan lebih banyak

menguntungkan masyarakat (pasien) karena mendapatkan pelayanan berobat yang murah (gratis). Penerapan Kebijakan tarif *Case Mix INA-CBGs* berdasarkan Permenkes Permenkes No 59 tahun 2014 menyebabkan Rumah Sakit Pabatu mengalami kerugian karena tarif *Case Mix INA-CBGs* lebih rendah dari tarif Rumah Sakit Pabatu. Tidak ada standarisasi tarif dokter / dokter spesialis, karena dengan menggunakan tarif *Case Mix INA-CBGs* seluruh harga dibuat paket (*all in*). Pendapatan yang diperoleh Rumah Sakit Pabatu dari BPJS Kesehatan tidak mencukupi untuk menutupi biaya operasional Rumah Sakit Pabatu beserta fasilitas kesehatannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. RS Pabatu. Laporan BPJS dan Indikator Rumah Sakit Pabatu. Pabatu; 2019.
2. RS Pabatu. Top Up Layanan Rawat Inap dan Layanan Rawat Jalan di RS Pabatu Januari 2019 - Juni 2019. Pabatu: Rumah Sakit Pabatu Kabupaten Serdang Bedagai; 2019.
3. Jamkesnews. Pemkab Serdang Bedagai Integrasikan 40.125 Warganya. 2018.
4. Dumaris H. Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG ' s Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. ARSI. 2016;3(1):20-8.
5. Meutuah LD, Ishak S. Analisis Kepuasan Dokter Spesialis Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Tahun 2014. J Kedokt Syiah Kuala. 2015;15(1):7-19.
6. Widada T, Pramusinto A, Lazuardi L. Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Dan Implikasinya Terhadap Ketahanan Masyarakat (Studi Di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan, Provinsi Bengkulu). J Ketahanan Nas. 2017;23(2):199-216.
7. Pertiwi M, Nurcahyanto H. Efektivitas Program Bpjs Kesehatan Di Kota Semarang (Studi Kasus pada Pasien Pengguna Jasa BPJS Kesehatan di Puskesmas Srandol). J Public Policy Manag Rev [Internet]. 2017;6(2):416-30. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jppmr/article/view/16050>
8. BPJS Kesehatan. Perubahan Tarif INA-Cbgs Membuat Biaya Kesehatan Lebih Efektif. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pusat; 2014.
9. Aulia D, Ayu SF, Nasution NH. 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 Tahun 2017. J Ekon Kesehat Indones. 2017;1(4):159-66.
10. Mahayanti DGN. Gambaran Penerapan Sistem In-

- donesian Case Based Groups Pada Rumah Sakit Provider Bpjs Kesehatan Di Kabupaten Badung Tahun 2015. Universitas Udayana; 2015.
11. Wa Ode DW, Karimuna SR, Munandar S. Studi Penerapan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (Indonesia Case Based Groups / Ina-cbgs) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Bahteramas Kota Kendari Tahun 2015. *J Ilm Mhs Kesehat Masy Unsyiah*. 2016;1(3):1–12.
 12. Rahayuningrum IO, Tamtomo DG, Suryono A. Analisis Tarif Rumah Sakit Dibandingkan Dengan Tarif Indonesian Case Based Groups Pada Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit. *Pros Semin Nas Int*. 2017;1(1):214–23.
 13. Safriantini D, Hendrartini J, Shidieq FHA. Berdasarkan Biaya Klaim Dan Utilisasi JPK PT Jamsostek DIY. *J Manaj Pelayanan Kesehat*. 2014;17(01):14–21.
 14. Djatiwibowo K, Januari P, Ep AA. Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016. *J ARSI*. 2016;4(2):122–34.
 15. Suhartoyo. Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA– CBGs. *Administrative Law Gov Journal*. 2018;1(1):79–92.
 16. Siswati S. Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien BPJS Di Unit Rawat Inap RSUD Kota Makassar. *Media Kesehat Masy Indones* [Internet]. 2016;11(3):174–83. Available from: <http://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/531>
 17. Pertiwi AAN. Analisis Perbedaan Kualitas Pelayanan Pada Pasien BPJS Dan Pasien Umum Terhadap Kepuasan Pasien Di Rawat Jalan RSUD Kota Surakarta. *J Manaj Daya Saing*. 2017;18(2):113–21.
 18. Satrianegara MF. Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit. Cetakan 1. Jakarta: Salemba Medika; 2014.
 19. Yuniarti S. Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Rumah Sakit dan Tingkat Kepuasan Pasien BPJS di Ruang Perawatan RSUD Sultan Syarif Alkadrie Kota Pontianak. Universitas Tanjungura, Pontianak; 2015.
 20. Novrialdi J. Pelayanan Kesehatan Bagi Pasien Bpjs (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Siak Tahun 2016. *Jom Fisip* [Internet]. 2016;4(2):1–15.
 21. Hasanah NA. Pelaksanaan Hubungan Kerja Antara Rumah Sakit Dengan BPJS Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional [Internet]. Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2017. Available from: <http://www.albayan.ae>
 22. Waldy GN. Implementasi Hubungan Kerja Atnara Rumah Sakit Dengan BPJS Kesehatan Dalam Program Jaminan. Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2019.