

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksud dengan Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dibagi menjadi dua yaitu Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Privat. Rumah Sakit Publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah Sakit Privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero. Sumber dana Rumah Sakit Publik didapat dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara/Daerah (APBN/D) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Sumber dana Rumah Sakit Privat berasal dari Swasta Perorangan maupun Badan Hukum Peseroan serta Yayasan. Dana tersebut digunakan oleh Rumah Sakit untuk memenuhi beban operasional rutin (*operational expenditure*) maupun untuk pengadaan bangunan gedung, peralatan medis dan non medis (*capital expenditure*).

Termasuk dalam Rumah Sakit Privat adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh Badan Usaha Milik Negara (BUMN). Meskipun status kepemilikan Rumah Sakit BUMN adalah milik Negara namun pemenuhan dananya tidak berasal dari APBN/D melainkan dari laba hasil usaha serta dana pihak luar perusahaan berupa penempatan dana oleh investor, pinjaman bank, dan penerbitan surat berharga. PT Rumah Sakit Pelabuhan merupakan rumah sakit privat bagian dari Rumah Sakit-Rumah Sakit yang bergabung dalam Rumah Sakit Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dibawah PT Pertamina Bina Medika – Indonesia Healthcare Corporation (PBM_IHC). Sebagai rumah

sakit privat yang berbentuk Perseroan Terbatas, Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta berorientasi pada laba atau keuntungan. Sebagian dari keuntungan bersih akan disetorkan kepada Negara dalam bentuk Deviden. Dalam memperoleh laba, suatu perusahaan harus patuh terhadap peraturan-peraturan yang berlaku. Terlebih lagi untuk rumah sakit yang didalamnya banyak aturan aturan mengikat terutama terkait dengan keselamatan pasien (*patient safety*) dan pembiayaan pelayanan kesehatan.

2.2.1. Teori *Good Corporate Governance*

Teori pengelolaan perusahaan dengan prinsip-prinsip tata kelola perusahaan yang baik adalah struktur dan mekanisme mengatur pengelolaan perusahaan sehingga menghasilkan nilai ekonomi jangka panjang yang berkesinambungan bagi para pemegang saham maupun pemangku kepentingan. Beberapa definisi tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance/GCG*) yang berhubungan dengan pengelolaan keuangan adalah sebagai berikut :

- a. Menurut Bank Dunia (*World Bank*) *GCG* adalah kumpulan hukum, peraturan dan kaidah-kaidah yang wajib dipenuhi yang dapat mendorong kinerja sumber-sumber perusahaan bekerja secara efisien, menghasilkan nilai ekonomi jangka panjang yang berkesinambungan bagi para pemegang saham maupun masyarakat sekitar secara keseluruhan.
- b. Menurut Effendi (2009), dalam bukunya *The Power Of Good Corporate Governance* menyatakan bahwa *GCG* adalah suatu tatanan atau system pengendalian internal suatu perusahaan yang bertujuan untuk mengelola resiko yang signifikan dalam rangka memenuhi tujuan bisnis dan itu dilakukan dengan cara pengamanan asset dan peningkatan nilai investasi para pemegang saham dalam jangka waktu yang panjang.
- c. Secara teoritis, praktik *GCG* dapat meningkatkan nilai perusahaan. Menurut Mas Ahmad Daniri (2005:14) jika perusahaan menerapkan *GCG* secara konsisten dan efektif maka akan dapat memberikan manfaat antara lain :
 - (1) Mengurangi *agency cost*, yaitu suatu biaya yang harus ditanggung pemegang saham akibat pendelegasian wewenang kepada pihak manajemen.

- (2) Mengurangi biaya modal
- (3) Meningkatkan nilai saham perusahaan di mata publik dalam jangka panjang.
- (4) Menciptakan dukungan para stakeholder dalam lingkungan perusahaan terhadap keberadaan perusahaan dan berbagai strategi dan kebijakan yang ditempuh perusahaan.

Terdapat lima prinsip dalam *Good Corporate Governance* yaitu Transparansi, Kemandirian, Akuntabilitas, Pertanggungjawaban dan Kewajaran (Komite Nasional Kebijakan Governance, 2006). Berdasarkan prinsip Akuntabilitas, perusahaan harus dapat mempertanggungjawabkan kinerjanya secara transparan dan wajar. Maka dari itu perusahaan harus dikelola secara benar, terukur, sesuai kepentingan perusahaan dengan tetap memperhitungkan kepentingan pemegang saham dan pemangku kepentingan lain. Akuntabilitas merupakan syarat untuk mencapai kinerja yang berkesinambungan. Maka dari itu, Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta memiliki kewajiban memberikan manfaat bagi para pemangku kepentingan. Sebagai rumah sakit BUMN, pemangku kepentingan Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta adalah negara, masyarakat, manajemen serta karyawan Rumah Sakit dengan manfaat-manfaat yang diberikan yaitu :

- a. Manfaat untuk Negara dalam bentuk bagian dari keuntungan atau setoran deviden.
- b. Manfaat untuk masyarakat dalam bentuk pelayanan kesehatan yang profesional, aman, berkualitas dan terjangkau.
- c. Manfaat untuk manajemen dan karyawan rumah sakit manfaat yang didapat berupa gaji atau honor sebagai upah dalam mengelola rumah sakit.

2.2.2. Teori Laba

Menurut (Ikhsan, Suprasto, 2008) laba akuntansi secara operasional didefinisi sebagai perbedaan antara *revenue realisasian (realized revenue)* yang berasal dari satu periode dan berhubungan dengan biaya historis. Laba akuntansi didasarkan pada transaksi aktual yang diadakan oleh perusahaan (terutama *revenue* yang berasal dari penjualan barang atau jasa dikurangi biaya yang dibutuhkan untuk mencapai penjualan

tersebut). Manfaat secara finansial baru dapat diberikan jika suatu perusahaan menghasilkan laba. Laba sering digunakan sebagai suatu dasar pengenaan pajak, kebijakan deviden, pedoman investasi serta pengambilan keputusan dan unsur prediksi (Harnanto 2003;220). Penelitian tentang laba rumah sakit dilakukan oleh Triyuwono *et al.* (2014) di Rumah Sakit Aisyiyah yang masih berada dibawah naungan Organisasi Muhammadiyah. Penelitian ini menggambarkan mengapa suatu rumah sakit harus memperoleh keuntungan. Rumah Sakit Aisyiyah menggunakan keuntungannya yang disebut laba materi berbentuk uang untuk membayar kewajiban rumah sakit kepada pihak eksternal, mengembangkan fasilitas rumah sakit, meningkatkan kesejahteraan karyawan berupa gaji, tunjangan, insentif serta dana pensiun. Sebagai bagian dari organisasi Islam, laba juga digunakan untuk kegiatan sosial masyarakat seperti beasiswa, amal kepada kaum dhuafa, serta mendanai kegiatan dakwah mulai dari pimpinan daerah hingga pimpinan pusat.

2.2.3. Teori Pembayaran Retrospektif dan Prospektif

Agar dapat memenuhi kewajiban kepada para pemangku kepentingan, maka setiap pendapatan yang diterima oleh rumah sakit harus dapat dikelola dengan baik dalam rangka mendapatkan keuntungan/laba termasuk pendapatan yang diterima klaim dari BPJS Kesehatan. Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 BPJS Kesehatan merupakan Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab kepada Presiden dan memiliki tugas menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS Kesehatan dibentuk dengan modal awal dari Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara (APBN) dan selanjutnya memiliki kekayaan sendiri yang meliputi asset dan dana jaminan sosial dari Iuran Peserta.

BPJS Kesehatan membayar klaim pelayanan kepada Fasilitas Kesehatan (Faskes) dilakukan secara Kapitasi untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yaitu Puskesmas dan Klinik Pratama. Untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) yaitu rumah sakit, BPJS Kesehatan membayar berdasarkan besaran yang sudah ditetapkan sesuai diagnosa pasien dengan system INA-CBGs. Tarif INA CBGs disusun berdasarkan data biaya 137 Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta atas 6 juta kasus penyakit.

Menurut Wibowo(2014)metode pembayaran biaya pelayanan kesehatan rumah sakit dibagi dua yaitu:

- a. *Fee for service/out of pocket* merupakan metode retrospektif dimana pembayaran ditetapkan setelah pelayanan diberikan. Dengan sistem ini pembayaran dilakukan perjenis pelayanan dengan tarif yang ditentukan rumah sakit. Sistem ini membebankan semua resiko finansial kepada pembayar/pasien namun demikian paling diinginkan oleh rumah sakit sebab Rumah Sakit bisa lebih fleksible menggunakan sumber daya, otonomi rumah sakit lebih tinggi untuk menentukan jenis pelayanan yang diberikan dan besaran pembayaran berbanding lurus dengan intensitas pelayanan. Meskipun pola ini yang paling diinginkan oleh rumah sakit namun terdapat potensi kelemahan antara lain kemungkinan *Supplier Induced Demand* tinggi, yaitu kondisi dimana tenaga medis menetapkan permintaan pasien dengan cara tidak berbasis pada kebutuhan, namun bukan berarti *over treatment*, kecenderungan untuk memberikan peayanan yang tidak dibutuhkan oleh pasien, kemungkinan overutilisasi. Untuk meminimalisir kelemahan system ini diperlukan pemantauan yang berkelanjutan dan tinjauan utilisasi yang berkesinambungan untuk mencegah terjadinya overutilisasi.
- b. INA-CBGS merupakan metode prospektif dimana tarif pelayanan kesehatan telah ditetapkan sebelum pelayanan diberikan kepada pasien. Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket untuk satu kali pelayanan kesehatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang telah mencakup semua pelayanan baik biaya pemeriksaan dokter, biaya obat-obatan, biaya laboratoirum maupun biaya tindakan medis. Dengan system ini, pasien memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya tanpa ada pengurangan kualitas. Bagi pembayar, keuntungan system tarif INA-CBGs adalah terdapat pembagian resiko keuangan dengan rumah sakit, biaya administrasi lebih rendah, serta dapat mendorong peningkatan system informasi. Berikut disajikan perbedaan Sistem Pembayaran *Fee For Service* dengan INA-CBGs dalam pembiayaan Pelayanan Kesehatan.

Pembayaran kesehatan antara *fee for service* bertolak belakang dengan INA-CBGs. Pada sistem *Fee For Service* struktur pendapatan rumah sakit disusun dari pendapatan pemeriksaan dokter, tindakan medis, penjualan obat dan penunjang medis. Sedangkan pada INA-CBGs pendapatan rumah sakit didistribusikan untuk memenuhi biaya pemeriksaan dokter, biaya tindakan medis, biaya obat dan biaya pelayanan penunjang medis seperti pemeriksaan laboratorium atau radiologi.

Tarif pelayanan BPJS Kesehatan dengan system INA CBGs mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan yang mengatur tarif INA-CBGs di Indonesia terdiri atas tarif rawat jalan dan rawat inap dengan 6 kelompok tarif yaitu:

1. Tarif Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) Dr. Cipto Mangunkusumo
2. Tarif Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, tarif Rumah Sakit Kanker Dharmais, tarif Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita
3. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas A
4. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas B
5. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas C
6. Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kelas D

Selain tersebut diatas, Tarif INA-CBGs dibagi menjadi 5 regional yaitu :

1. Tarif regional 1, meliputi Provinsi Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Timur.
2. Tarif regional 2, meliputi Provinsi Sumatera Barat, Riau, Sumatera Selatan, Lampung, Bali dan Nusa Tenggara Barat.
3. Tarif regional 3, meliputi Provinsi Nangro Aceh Darusalam, Sumatera Utara, Jambi, Bengkulu, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan dan Gorontalo.
4. Tarif regional 4, meliputi Provinsi Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, dan Kalimantan Tengah

5. Tarif regional 5, meliputi Provinsi Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.

Pada tarif INA-CBGs terdapat pembayaran tambahan untuk beberapa pelayanan tertentu yang disebut *Special Casemix Main Groups (CMG)*, terdiri dari: *Special Drugs, Special Procedure, Special Prosthese, Special Investigation, Sub Acute Cases* dan, *Chronic cases*.

2.2.4. Teori *Clinical Pathway*

Dalam melayani pasien BPJS Kesehatan, beberapa rumah sakit telah menggunakan konsep *Clinical Pathway*. Pengertian dari *Clinical Pathway* adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit (Hunter, 1995). *Clinical Pathway* adalah suatu jadwal prosedur medis dan keperawatan, termasuk didalamnya tes diagnostik, pengobatan dan konsultasi yang dirancang untuk efisiensi dan pengkoordinasian program penatalaksanaan klinik rumah sakit (blesser, et.al 2004). Amanat Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 pasal 44 berhubungan dengan *Clinical Pathway* yaitu :

- 1) Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi.
- 2) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibedakan menurut jenis dan strata sarana pelayanan kesehatan
- 3) Standar pelayanan untuk dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Penelitian terkait *Clinical Patway* dilakukan oleh Hernowo *et al.*, (2018) yang mengkaji metode penghitungan tarif layanan rumah sakit, dan metode yang digunakan untuk menyesuaikan tarif layanan BPJS Kesehatan yang terdapat pada INA CBGs . Metode yang digunakan adalah Etnografi deskriptif kualitatif yang tujuannya untuk memberikan gambaran pelayanan pasien BPJS Kesehatan dan mengklarifikasi kenyataan sosial dengan menganalisis tarif rumah sakit terhadap tarif paket BPJS Kesehatan (INA

CBGs) dan efisiensi rumah sakit. Hasil penelitian disimpulkan bahwa konsep *Clinical Pathway* paling tepat digunakan oleh RS dalam melayani pasien BPJS Kesehatan.

2.2. Review Hasil-Hasil Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian terdahulu di Indonesia yang berkaitan dengan penelitian ini umumnya hanya membandingkan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBGs atau antara *Unit Cost* Rumah Sakit dengan tarif INA-CBGs. Penelitian terdahulu belum memberikan formulasi pendistribusian pendapatan BPJS Kesehatan untuk pemenuhan kebutuhan biaya operasional, investasi, dan pajak. Penelitian terdahulu juga belum memberikan arah strategi bisnis yang dapat dikembangkan dalam melayani pasien-pasien BPJS Kesehatan. Beberapa penelitian yang dilakukan terkait tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs antara lain seperti yang disajikan berikut.

Duarsa et al., (2019) melakukan penelitian di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Bunda, Liwa Lampung Barat yang bertujuan untuk mengetahui surplus atau defisit atas tindakan *Sectio Caesaria* dengan penyulit dan tanpa penyulit. Penelitian membandingkan antara Unit Cost dengan Tarif INA CBGs. Metode yang digunakan deskriptif dengan desain pendekatan studi kasus dan dikembangkan dengan melakukan analisis biaya metode *Analisis Based Costing* (ABC). Hasil penelitian didapatkan Tarif INA CBGs masih mencukupi untuk tindakan Kelas I,II dan III tanpa penyulit kelas I dan II dengan penyulit, namun untuk tarif kelas III dengan penyulit tarif INA CBGs tidak mencukupi. Rekomendasi penelitian tersebut hanya menyampaikan strategi pengendalian biaya atas obat-obatan dan jasa medis, belum merekomendasikan bagaimana cara mengelola dana BPJS Kesehatan yang diterima Rumah Sakit.

Aurelia et al., (2015) melakukan penelitian di salah satu rumah sakit swasta di Jakarta Selatan dengan membandingkan unit cost dengan tarif rumah sakit dan INA CBGs pada kasus *Acute Coronary Syndrome* (ACS). Kemudian dilakukan perhitungan *cost recovery rate* (CRR) yang hasilnya perbandingan antara unit cost dengan tarif rumah sakit sebesar 227,98% sedangkan untuk pasien BPJS Kesehatan sebesar 71,38%. Interpretasi CRR adalah apabila tarif diatas 100% maka terjadi selisih positif namun jika dibawah 100% terjadi selisih negatif. Maka dari hasil diatas, untuk perbandingan dengan tarif

rumah sakit terjadi selisih positif yaitu tarif rumah sakit lebih tinggi dari CRR sedangkan dengan INA CBGs terjadi selisih negatif dimana pendapatan INA-CBGs lebih rendah dari CRR.

Penelitian-penelitian di luar negeri yang berakitan dengan penelitian ini umumnya membahas tentang penerapan pola pembayaran prospektif dengan tarif *DRG (Diagnosis Related Group)* antara lain dilakukan oleh Hopfe *et al.*, (2018) yang melakukan penelitian dengan permasalahan bahwa *system DRG* hanya mengandalkan diagnosis dan informasi prosedur sehingga tidak mampu menjelaskan perbedaan biaya, lama rawat inap, dan pemanfaatan sumber daya. Sedangkan di tahun 2001, *WHO* memperkenalkan fungsi sebagai indikator kesehatan selain mortalitas/angka kematian dan morbiditas/angka kesakitan. Indikator fungsi mencakup informasi tentang kesehatan biologis yaitu fungsi *intrinsic*, fungsi psikologis, struktur anatomi dan informasi tentang kondisi kesehatan. Penelitian bermaksud memasukkan indikator fungsi kedalam *system DRG*. Penelitian dilakukan dengan mewawancarai para pemangku kepentingan yaitu dari pemerintah yang diwakili oleh Menteri Kesehatan, Perusahaan-perusahaan Asuransi, Asosiasi Dokter, Perhimpunan Perawat, dan Institut system rumunerasi rumah sakit. Hasil penilitian menunjukkan bahwa sebagian dari para pemangku kepentingan meyakini mengintegrasikan informasi indikator fungsi ke *system DRG* meningkatkan efisiensi proses perawatan dan menghasilkan penghematan biaya. Pasien yang mengalami penurunan fungsi fisik dan/atau kongnitifnya-seperti pasien lansia, multimorbid, psikiatri, kronis atau cedera parah akan lebih diuntungkan karena saat ini *system DRG* tidak mengakomodir kebutuhan layanan ini. Dalam penelitian ini belum merinci dengan jelas bagaimana integrasi informasi indikator fungsi dapat meningkatkan efisiensi proses perawatan dan menghasilkan penghematan biaya.

Penelitian oleh Jeurissen *et al.*, (2021) menganalisis peningkatan jumlah rumah sakit privat (rumah sakit yang berorientasi pada profit). Para peneliti mendapati bahwa efisensi bukan faktor yang mendorong pertumbuhan rumah sakit privat namun ada tiga faktor lain yaitu penggantian biaya publik yang menuntungkan, insentif keuangan yang besar kepada dokter membuat pelayanan dokter ke pasien lebih memuaskan sehingga

pasien lebih suka ke Rumah sakit privat dan kondisi perubahan politik yang tidak mempengaruhi aktivitas rumah sakit. Penelitian ini hanya memotret kondisi di negara-negara ekonomi atas yaitu Amerika Serikat, Inggris, Jerman dan Belanda tidak di negara-negara berkembang ataupun negara miskin yang kemampuan bayar masyarakatnya masih rendah.

Penelitian yang dilakukan oleh Rosko *et al.*, (2020) menguji hubungan antara efisiensi dengan keuntungan rumah sakit. Inefisiensi biaya mungkin disebabkan oleh salah satu jenis inefisiensi yaitu teknis alokasi. Inefisiensi alokasi terjadi ketika rumah sakit tidak menggunakan kombinasi input yang paling murah dalam menghasilkan output. Hasilnya didapati bahwa terdapat hubungan yang kuat antara efisiensi dan keuntungan pada rumah sakit non profit/nirlaba. Namun demikian ada hal lain yang ditemukan bahwa untuk memaksimalkan keuntungan, ada kemungkinan rumah sakit menggunakan kekuatan harga pasar untuk menentukan tarif dan bukan menekankan strategi dimana skala ekonomi digunakan untuk mengurangi harga untuk membantu agar biaya perawatan di rumah sakit menjadi lebih terjangkau. Penelitian ini tidak membahas secara detail bagaimana efisiensi dilakukan dan bagaimana kekeliruan teknis alokasi bisa berdampak pada terjadinya inefisiensi.

Penelitian yang dilakukan oleh Yuan *et al.*, (2018) bertujuan untuk mengetahui dampak reformasi pembayaran rumah sakit berdasarkan *DRG* yang dikombinasikan dengan anggaran global terhadap penggunaan sumber daya dan kualitas perawatan. Diagnosis yang digunakan sebagai sampel adalah kasus *Acute Myocardial Infarction* (AMI) dengan tindakan *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI). Hasil penelitian menunjukkan tindakan PCI meningkat pesat menjadi 73,8% dibanding sebelum reformasi yang hanya 10,18% dari total kasus AMI. Biaya rumah sakit meningkat signifikan dari \$6083 menjadi \$7032 per pasien. Tingkat kematian turun signifikan dari 3,03% menjadi 1,75%. Keterbatasan penelitian ini hanya melibatkan pasien AMI, hasil dapat berbeda jika menggunakan diagnosa lain.

Penelitian oleh Sauber *et al.*, (2014) bertujuan membandingkan kesehatan umum dan kualitas hidup pasien setelah di rawat di Rumah Sakit sebelum dan setelah

pengenalan Swiss *DRG*. Penelitian dilakukan untuk pasien dengan diagnosis gangguan tulang belakang. Hasil penelitian menunjukkan ada kecenderungan pasien untuk memiliki penyerta yang signifikan sebelum Swiss *DRG* dibandingkan setelah Swiss *DRG*. Penyakit penyerta ini menyebabkan tambahan biaya bagi pasien. Tidak ada perbedaan durasi waktu rawat inap sebelum dan sesudah Swis *DRG* termasuk untuk kasus paru-paru dan jantung. Keterbatasan penelitian ini adalah tingkat responden yang rendah dari pasien rehabilitasi yang secara signifikan berbeda dari sebelum dan sesudah pengenalan Swis *DRG*.

Penelitian Bauml et al., (2020) tentang penerapan sistem *DRG* di Jerman yang diberlakukan sejak tahun 2005. Setiap tahun Otoritas yang mengatur, menyempurnakan penyesuaian *DRG* untuk memastikan secara tepat bahwa *DRG* mencerminkan kondisi yang diberikan di rumah sakit. Rumah Sakit dapat menerima tambahan penggantian biaya dengan memberikan layanan khusus kepada pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat respon rumah sakit tambahan biaya yang diberikan untuk layanan khusus pada pasien Stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan penerimaan perawatan untuk kasus-kasus intensif. Hasil penelitian mendukung keputusan otoritas untuk memberikan penghargaan secara finansial dalam system *DRG* modern atau merancang insentif bagi rumah sakit yang berkinerja baik. Menurut penulis penelitian ini sangat baik untuk diterapkan di Indonesia terutama ide memberikan penghargaan berupa insentif finansial kepada rumah sakit yang berkinerja baik. Dengan kondisi tarif INA-CBGs yang belum ada kenaikan sejak tahun 2016, pemberian insentif kinerja kemungkinan dapat memacu kinerja rumah sakit untuk memperbaiki layanan kepada pasien BPJS Kesehatan sehingga keluhan-keluhan pasien dapat diminimalisir.

Penelitian oleh Xiaowei Sun *et al.*, (2020) yang menghitung dan memprediksi biaya pelayanan medis di lingkungan terpadu berorientasi *DRG* dengan menggunakan metode *Activated Based Costing* dan *Weighted Moving Average*. Penelitian tersebut menyajikan bahwa proporsi biaya bahan sekitar 55%, upah dan kesejahteraan 25% dan biaya lain-lain 20%. Penelitian yang dilakukan oleh Weissenberger *et al* (2013) yang dimuat dalam *The European Journal Of Medical Sciences* bertujuan membandingkan

lama tinggal di rumah sakit, kepuasan pasien dan kualitas hidup antara kedua system tersebut sebelum imlementasi *DRG* secara nasional. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang dirawat di rumah sakit dengan system *DRG* lama tinggal di Rumah Sakitnya lebih pendek. Kepuasan perawatan tidak jauh berbeda yaitu 86% untuk *DRG* dan 83% untuk *FFS*.Tingkat rawat ulang pada rumah sakit dengan system *DRG* lebih rendah.

Penelitian yang dilakukan oleh Aljunid *et al.*, (2020) untuk mengetahui kejadian dan akar penyebab *upcoding* dalam pelaksanaan jaminan kesehatan sosial di Rumah Sakit Provinsi Pedesaan di Indonesia. *Upcoding* adalah mengubah kode diagnosis dan/atau prosedur menjadi kode yang tarifnya lebih tinggi dari yang seharusnya. *Upcoding* juga didefinisikan sebagai tindakan mengubah *DRG* pasien ke *DRG* lain yang mengakibatkan pembayaran lebih tinggi dari pihak ketiga. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 43 kasus *upcoding* dari 360 kasus yang diperiksa. Penyebab terjadinya *upcoding* antara lain kelemahan system dan human error, tidak ada pedoman pengkodean yang pasti, tidak adanya dokter verifikator internal di rumah sakit dan ketidakjelasan alur kordinasi. Menurut penulis kejadian *upcoding* harus dihindari sebab apabila dilakukan dengan sengaja dapat dikatagorikan *fraud*/penyimpangan.Kelebihan pembayaran *upcoding* wajib dikembalikan kepada BPJS Kesehatan.

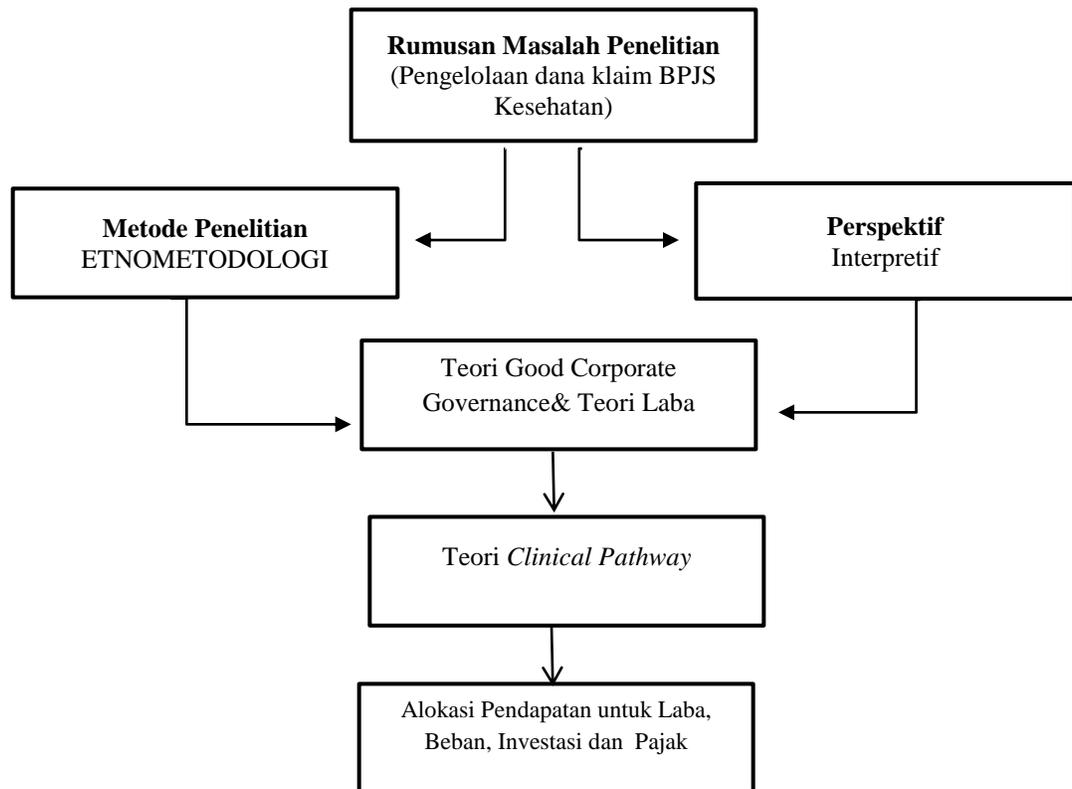
Penelitian oleh Yafeng Ma *et al.*, (2021) bertujuan untuk mengetahui dampak penerapan *system DRG* terhadap kinerja pelayanan di Rumah Sakit Publik (*Non Profit*). Hasil penelitian menunjukan bahwa penerapan manajemen *DRG* dalam manajemen perawatan klinis bermanfaat untuk mempercepat pemulihan pasien setelah operasi, meningkatkan tingkat pemanfaatan tempat tidur, meningkatkan kapasitas dan kualitas layanan klinis, yang semuanya meningkatkan kepuasan subjektif pasien.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian-penelitian diatas adalah pada penelitian ini setelah diketahui adanya selisih negatif tarif INA CBGs atau tarif *DRG* (*Diagnostic Relation Group*) dengan tarif rumah sakit, maka penerimaan pendapatan klaim INA CBGs dari BPJS Kesehatan akan dibuatkan formula alokasi agar dapat memenuhi biaya-biaya dan investasi yang harus dibayarkan. Formula alokasi pendapatan

INA CBGs ditetapkan dengan menghitung komponen setiap biaya berdasarkan jenis diagnosa penyakitnya. Diagnosa penyakit yang dihitung biayanya adalah diagnosa yang telah ditetapkan prosedur medis atau *clinical pathway*nya.

2.3. Kerangka Konseptual Penelitian

Kerangka konseptual disusun untuk menjelaskan hubungan antara rumusan masalah dengan teori-teori diatas. Kerangka konseptual dalam penelitian ini disajikan sebagai berikut:



Gambar 2.1. Kerangka Konseptual Penelitian

Pengelolaan dana BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta dipelajari dengan menganalisis data, dokumen, dan informasi yang didapatkan dari Informan. Realita yang ada ditelaah secara mendalam dibandingkan dengan teori dan prinsip-prinsip tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*). Data pelayanan pasien BPJS Kesehatan dihitung biaya pokok berdasarkan *Clinical Pathway*nya. Selanjutnya ditetapkan alokasi dana klaim BPJS Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan

operasional, *Saving* Laba, Investasi dan Pajak. Beberapa pengertian dalam kerangka konseptual adalah sebagai berikut:

a. Pendapatan BPJS Kesehatan

Adalah pendapatan rumah sakit berasal dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan. Pendapatan atas diagnosa penyakit atau tindakan medis yang besarnya ditentukan berdasarkan tarif INA-CBGs yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016.

b. Beban Operasional

Adalah beban-beban dalam rangka memenuhi kegiatan pokok rumah sakit yaitu beban pelayanan medis, beban pembelian obat-obatan dan alat alat medis habis pakai, beban jasa dokter dan beban administrasi umum seperti gaji/upah tenaga administrasi, keuangan, teknik serta pembelian peralatan pendukung non medis lainnya.

c. Investasi

Investasi adalah cara untuk mengembangkan uang atau harta dalam jangka waktu tertentu untuk memperoleh keuntungan di masa depan. Investasi di rumah sakit umumnya adalah bangunan gedung rumah sakit, peralatan medis/non medis, kendaraan ambulance atau operasional. Investasi rumah sakit harus dilakukan secara berkala sebab banyak peralatan medis yang memiliki umur teknis tertentu dan harus dilakukan penggantian (*replacement*) agar pelayanan medis tetap dapat dilakukan (*minimal requirement/* kebutuhan minimal).

d. Pajak

Pajak adalah kontribusi wajib pajak kepada Negara yang terutang oleh orang pribadi atau badan yang bersifat memaksa berdasarkan Undang-Undang, dengan tidak mendapatkan imbalan secara langsung dan digunakan untuk keperluan Negara bagi sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Pajak yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pajak Penghasilan Badan atas keuntungan yang didapat setiap tahunnya. Tarif pajaknya adalah 25% dari laba rumah sakit.