

DISKREPANSI PEMBAYARAN BPJS KESEHATAN TERHADAP KLAIM PELAYANAN IGD BERDASARKAN PERMENKES NOMOR 27 TAHUN 2014

Willy Johan*, Yuyut Prayuti*, Arman Lany*

Abstract

In realizing Universal Health Coverage (UHC), Indonesian government has launched a national health insurance program (JKN) organized by the Health Social Security Administering Agency (BPJS) starting from January 01, 2014. The policy of determining outpatient episodes for patients in the emergency department (ED) who receive treatment for less than 6 hours raises problems related to claims for services provided by service providers. Hospitals are required to provide health services in emergency situations to save lives and prevent disabilities, while also having profit objectives. This research aims to describe the output and impact in relation to the regulations. The research uses normative legal research methods with statute approach, conceptual approach and a non-judicial case study approach, presenting several cases related to discrepancies between ER services provided and claims paid, especially for patients who die in the ER within 6 hours, which is suspected to cause hospitals to be selective in handling emergency patients. The Minister of Health Regulation No. 27 of 2014 regarding INA-CBG creates dilemmas and challenges for hospitals in providing optimal services for emergency cases in the ER.

Keywords : Claim, Emergency Department, National Health Insurance Program

Abstrak

Dalam perwujudan *Universal Health Coverage* (UHC) pemerintah telah meluncurkan program jaminan kesehatan nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dimulai 1 Januari 2014. Kebijakan penentuan episode rawat jalan untuk pasien di instalasi gawat darurat (IGD) yang mendapatkan perawatan kurang dari 6 jam menimbulkan permasalahan terkait klaim dari layanan yang telah diberikan oleh penyedia jasa. Rumah sakit diwajibkan memberikan pelayanan kesehatan dalam kondisi gawat darurat untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan namun juga memiliki tujuan profit. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan output dan dampak sehubungan dengan peraturan yang diberlakukan. Metode penelitian menggunakan penelitian hukum normatif dengan

pendekatan UU, konseptual dan *non judicial case study* yang mempresentasikan beberapa kasus terkait diskrepansi antara pelayanan IGD yang diberikan dengan klaim yang dibayarkan khususnya untuk pasien yang meninggal di IGD dalam jangka waktu 6 jam yang diduga menjadi penyebab selektifnya rumah sakit terhadap penanganan pasien gawat darurat. Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2014 terkait INA-CBG menimbulkan dilema dan kendala bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan optimal pada kasus kegawatdaruratan di IGD.

Kata Kunci : Klaim, Instalasi Gawat Darurat, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

* Program Studi Magister Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan, Universitas Islam Nusantara, Bandung, Indonesia

Correspondence: Willy Johan, Program Magister Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan, Universitas Islam Nusantara, Bandung, Indonesia. Email: willyjohan48@gmail.com

Pendahuluan

Berdasarkan ketentuan UUD 1945, pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas merupakan hak yang dimiliki oleh setiap individu, termasuk mereka yang tergolong miskin dan rentan dimana dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010–2014 serta 2015–2019, kesehatan telah dijadikan sebagai prioritas utama.

Mewujudkan masyarakat Indonesia yang berkualitas, sehat, dan produktif adalah tujuan pembangunan kesehatan yang dicanangkan pemerintah saat ini. Untuk mencapai hal ini, program jaminan kesehatan harus bekerja sama dengan rumah sakit untuk memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. (Alamsyah et al., 2021:110; Putri & Murdi, 2019:80; Setiawan et al., 2022:12870; Soeroso et al., 2019:9; Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2019:4)

Layanan kesehatan seperti penyembuhan, perawatan, pemulihan, dan pengobatan, serta pendidikan dan pelatihan kepada masyarakat disediakan dan diselenggarakan oleh Rumah Sakit (RS) yang merupakan organisasi kesehatan masyarakat. Bagian dari RS yang bertanggung jawab untuk memberikan penanganan awal kepada pasien dengan kondisi cedera atau sakit yang mengancam kelangsungan hidupnya adalah Instalasi Gawat Darurat (IGD), sesuai dengan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang RS yang masih berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 (pasal 453). Tempat pendaftaran pasien gawat darurat disebut Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (TPPGD). Tindakan medis yang sangat penting untuk pasien gawat darurat karena dapat mencegah cedera lebih lanjut dan menyelamatkan nyawa adalah pelayanan kegawatdaruratan. IGD, yang memiliki kapasitas lebih besar daripada Unit Gawat Darurat (UGD), digunakan untuk melayani pasien dalam kondisi gawat darurat. UGD biasanya terdapat di RS kecil atau

sedang, sementara IGD memiliki skala yang lebih besar. Berdasarkan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang kesehatan, Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis dan/ atau psikologis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kedisabilitas dan fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi seseorang yang berada dalam kondisi gawat darurat. (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023; Soeroso et al., 2019:8; Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2019:10)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan untuk memastikan bahwa setiap warga Indonesia dapat hidup dengan sehat, produktif, dan sejahtera melalui jaminan kesehatan yang komprehensif (Hidayat & Bachtiar, 2024:1974). Program JKN diawasi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan dimulai pada 1 Januari 2014. Presiden Megawati Soekarnoputri menandatangani Undang-Undang Republik Indonesia nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, yang memulai reformasi sistem jaminan sosial, termasuk Jaminan Kesehatan Nasional, yang bertujuan untuk memastikan bahwa setiap warga Indonesia akan menerima layanan dan pengobatan yang sesuai dengan penyakitnya menurut program Jaminan Kesehatan Nasional. Keputusan Menteri Kesehatan No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN memastikan bahwa setiap peserta berhak atas layanan kesehatan yang mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. (Agiwahyunto et al., 2021:114; Putri & Murdi, 2019:80; Soeroso et al., 2019:10)

Tagihan atau tuntutan atas imbalan yang didasarkan pada layanan yang telah diberikan disebut klaim (Ariyanti & Gifari, 2019:160; Puspaningsih et al., 2022:6). Klaim RS terhadap BPJS Kesehatan merupakan tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan tenaga kesehatan dan tenaga medis RS yang bekerja, seperti dokter, perawat, apoteker, dan lainnya kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di RS, termasuk di IGD dan diajukan melalui resume medis dengan diagnosis yang merujuk pada ICD-10 atau ICD-9. Tarif INA-CBG dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yang berarti jumlah waktu pasien mendapatkan perawatan dari saat mereka masuk ke rumah sakit hingga saat mereka keluar, termasuk konsultasi dan pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang, dan pemeriksaan lainnya. (Astuti et al., 2021:235; Djatiwibowo et al., 2018:122; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013, 2013:2; Sriningsih, 2021:3)

Dalam Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012, INA-CBGs menjelaskan mekanisme pembayaran dengan sistem *Case Base Groups* (CBGs), yang merupakan metode pembayaran untuk perawatan pasien berdasarkan diagnosis atau kasus yang sebanding. Selain itu, diagnosis utama pasien, diagnosis sekunder, tingkat keparahan, jenis intervensi, umur pasien, dan penyerta (*comorbidity*) atau komplikasi adalah beberapa faktor yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBG. (BPJS Kesehatan, 2016:15; Handayani et al., 2023:1048; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013, 2013:3; Rumengan et al., 2015:88)

Kebijakan penentuan episode rawat jalan sesuai dengan Permenkes 27 tahun 2014 untuk pasien IGD yang mendapatkan perawatan kurang dari 6 jam menimbulkan permasalahan terkait klaim dari layanan yang telah diberikan oleh penyedia jasa karena diketahui bersama bahwa beban yang ditanggung oleh IGD cukup besar dalam pelayanan awal terhadap pasien khususnya pasien datang sendiri dimana seluruh tindakan, pemeriksaan awal serta stabilisasi bahkan penegakan diagnosis terhadap pasien akan dilakukan di IGD (BPJS Kesehatan, 2016:20; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, 2014:2; Makisurat et al., 2018:112; Widati et al., 2017:156). Artikel ini bermaksud menyajikan beberapa kasus terkait diskrepansi antara pelayanan IGD dengan klaim yang dibayarkan khususnya untuk pasien yang meninggal di IGD dalam jangka waktu 6 jam perawatan.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif; *non judicial case study* melalui pendekatan UU dan konseptual. Analisis data untuk penelitian ini menggunakan analisis deskriptif-kualitatif dimana studi dilakukan pada beberapa kasus secara terperinci dengan penggalian data secara mendalam (Benuf & Azhar, 2020:27; Sulaiman, 2018:256). Data primer dikumpulkan melalui wawancara dan observasi kasus yang dilaporkan, dan data sekunder dikumpulkan dari berbagai sumber konteks yang kaya. Dalam penelitian ini, bahan hukum primer adalah perundangan Kesehatan, dan bahan hukum sekunder adalah hasil penelitian, buku, atau artikel jurnal yang berkaitan dengan penelitian klaim BPJS Kesehatan. Bahan hukum tersier adalah artikel *online* yang berfungsi sebagai data pendukung. (Marzuki, 2021:204; Suhaimi, 2018:205; Tan, 2021:2470)

Analisis dan Diskusi

Kunjungan ke IGD adalah bagian penting dari layanan kesehatan, berfungsi sebagai tempat pertama untuk berbagai kondisi dan memberikan perawatan penting bagi pasien. Penelitian terdahulu menunjukkan beberapa faktor utama terkait kunjungan IGD. Salah satu tren utama adalah peningkatan jumlah kunjungan IGD dari waktu ke waktu, dengan studi menunjukkan pertumbuhan besar dalam penggunaan IGD. Peningkatan ini memiliki dampak pada sistem kesehatan, termasuk tantangan dalam mengelola *flow* pasien dan pembagian sumber daya. Saat pasien kritis tiba di IGD, itu adalah momen penting dalam layanan kesehatan. IGD berfungsi sebagai garis depan untuk menangani kondisi yang mengancam jiwa, memberikan perawatan dan intervensi segera untuk menstabilkan pasien. Penelitian menunjukkan bahwa kematian di IGD adalah masalah penting, dengan batas waktu tertentu untuk upaya resusitasi setelah pasien tiba. Pasien dengan penyakit kritis, baik yang traumatis maupun non-traumatis, menerima perawatan penting di ruang resusitasi IGD, menunjukkan peran penting IGD dalam menangani berbagai kondisi yang mengancam jiwa (Bajracharya & Shrestha, 2019:27; Dziegielewski et al., 2023:10; Katz, 2018:1715; Ruxin et al., 2023:40).

Pelayanan pasien di IGD adalah salah satu faktor utama yang menyebabkan tingginya biaya kesehatan, dengan penelitian menunjukkan dampak finansial yang

signifikan terkait kunjungan ke IGD. Pasien dengan biaya pengobatan yang tinggi seringkali mengeluarkan sebagian besar pengeluaran kesehatan mereka untuk layanan perawatan akut, terutama dari kunjungan ke IGD. Pasien dengan kebutuhan medis dan psikososial yang kompleks, yang ditandai dengan seringnya kunjungan ke IGD juga berkontribusi pada peningkatan biaya kesehatan (Mercer et al., 2015:420). Beban finansial dari kunjungan ke IGD tidak hanya mencakup biaya langsung, tetapi juga mempengaruhi pengeluaran kesehatan secara keseluruhan. Penelitian menunjukkan bahwa kunjungan ke IGD merupakan bagian yang signifikan dari total pengeluaran kesehatan, dengan peningkatan yang mencolok dalam pengeluaran kesehatan yang disebabkan oleh kunjungan ke IGD dalam beberapa tahun terakhir (Fragala et al., 2023:7).

Pada artikel ini akan dilaporkan dua kasus terkait diskrepansi pembayaran klaim BPJS pada penyedia layanan jasa IGD RS-A. Pelayanan terhadap kedua pasien dalam kondisi gawat darurat ini dilakukan di IGD dimana pelayanan yang diberikan setara dengan pelayanan pasien di ruang intensif dengan pemeriksaan penunjang dan penggunaan fasilitas yang lengkap. Namun karena pasien meninggal dalam waktu perawatan kurang dari 6 jam, sesuai dengan peraturan yang ada, pelayanan yang diberikan masuk dalam kriteria episode rawat jalan sehingga klaim yang dibayarkan pihak BPJS sangat jauh dibawah anggaran yang telah dikeluarkan pihak RS.

Kasus 1: Pasien X, pengguna BPJS kesehatan datang ke IGD RS-A dengan keluhan utama penurunan kesadaran mendadak dan tekanan darah 250/130 mmhg dengan diagnosa kerja stroke perdarahan disertai hipertensi emergensi. Awalnya pasien sudah ke RS swasta terdekat namun diarahkan untuk segera menuju ke RS-A. Terhadap pasien dilakukan prosedur standar pasien prioritas 1 (kriteria gawat darurat) yaitu Pemberian oksigen, pemasangan Infus, pengambilan darah, pemasangan selang lambung, dan kateter urin. Selain itu terhadap pasien juga dilakukan pemberian obat antihipertensi intravena, EKG dan direncanakan pemeriksaan CT scan kepala. Ketika dokter sedang memberikan Konsultasi, informasi dan edukasi (KIE) terhadap keluarga, pasien mengalami kejang dan apnea (henti nafas) kemudian dilakukan tindakan resusitasi. Terhadap pasien dilakukan tindakan intubasi, pemberian obat-obatan dan pemasangan ventilator. Selang beberapa menit kemudian, pasien mengalami henti jantung. Dilakukan pijat jantung dan pasien dinyatakan meninggal dunia setengah jam setelahnya. pasien mendapatkan pelayanan kesehatan di IGD selama 3 jam. Biaya prosedur, obat obatan serta biaya pemeriksaan darah yang telah dikeluarkan rumah sakit terhadap pasien jauh diatas klaim yang dibayarkan BPJS kesehatan (belum termasuk biaya jasa tenaga medis, penggunaan alat dan ruangan)

Kasus 2: Pasien Y, pengguna BPJS kesehatan datang ke RS-A dengan keluhan utama sesak nafas sejak 3 hari yang lalu. Pasien diketahui menderita penyakit jantung sebelumnya. Tekanan darah 90/50mmhg dengan diagnosa kerja gagal jantung akut (shock cardiogenic), terhadap pasien dilakukan prosedur standar pasien prioritas 1

(kriteria gawat darurat) yaitu Pemberian oksigen, pemasangan Infus, pengambilan darah, pemasangan selang lambung, dan kateter urin. Selain itu pasien terhadap pasien juga dilakukan pemberian obat antihipertensi intravena dan pemeriksaan EKG serta direncanakan pemeriksaan sonografi jantung (ECHO). Sesak nafas semakin memberat sehingga dilakukan pemasangan NIV (non invasif ventilasi) dan pemberian obat inotropik dan vasopresor untuk mengatasi tekanan darah yang semakin turun (60/35 mmhg) tidak lama kemudian pasien mengalami ventrikular takikardia dan henti jantung. Dilakukan pijat jantung dan tindakan intubasi sesuai panduan ACLS, pasien dinyatakan meninggal dunia setengah jam setelahnya. pasien mendapatkan pelayanan kesehatan di IGD selama 2 jam. Biaya prosedur, obat-obatan serta biaya pemeriksaan darah yang dikeluarkan rumah sakit terhadap pasien juga jauh di atas klaim yang dibayarkan BPJS kesehatan (belum termasuk biaya jasa tenaga medis, penggunaan alat dan ruangan)

Dari kedua kasus yang dideskripsikan terlihat bahwa kedua pasien tersebut masih berada dalam perawatan IGD dengan waktu perawatan kurang dari 6 jam sehingga klaim yang dapat dibayarkan oleh BPJS kesehatan adalah sesuai dengan klaim rawat jalan, hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 dimana pada sistem INA-CBG, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, hanya terdapat 2 episode perawatan yaitu rawat jalan dan rawat inap dengan beberapa kriteria yang berlaku. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014:3, 2014; Rumengan et al., 2015:88; Widati et al., 2017:156)

Episode rawat jalan meliputi serangkaian konsultasi antara pasien dan dokter, pemeriksaan penunjang, dan pemberian obat pada hari yang sama. Jika pemeriksaan penunjang tidak dilakukan pada hari yang sama, maka tidak dianggap sebagai episode baru. Pasien yang membawa hasil pemeriksaan pada hari lain dan melanjutkan konsultasi serta pemeriksaan lainnya dianggap sebagai episode baru. Pemeriksaan khusus seperti MRI dan CT Scan tidak dihitung sebagai episode baru karena termasuk dalam special CMG (*case mix group*). Pelayanan IGD, rawat sehari, dan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) juga termasuk dalam kategori rawat jalan. Pasien yang mendapatkan pelayanan rawat jalan di satu atau lebih klinik spesialis pada hari yang sama, dengan satu atau lebih diagnosis yang mungkin saling berhubungan atau tidak, dihitung sebagai satu episode. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014:3)

Episode rawat inap terjadi ketika pasien menerima perawatan lebih dari 6 jam di rumah sakit atau telah mendapatkan fasilitas rawat inap (seperti bangsal atau ruang perawatan intensif), meskipun durasi perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administratif pasien telah tercatat sebagai pasien rawat inap. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014:3)

Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis pasti (CT Scan kepala untuk pasien kasus 1 dan ECHO untuk pasien pada kasus 2) terhadap kedua pasien tersebut juga masih belum dilakukan sehingga diagnosis belum dianggap tegak dan klaim hanya dapat di *input* menggunakan gejala klinis yang ada yaitu penurunan kesadaran dengan

hipertensi emergensi dan tindakan resusitasi untuk pasien pertama serta sesak nafas, syok dan tindakan resusitasi untuk kasus ke-2. Klaim pembiayaan pasien dengan diagnosis yang belum tegak tergolong rendah dibandingkan klaim pembiayaan pasien dengan diagnosis yang telah ditegakkan walaupun telah dilakukan berbagai tindakan penyelamatan nyawa dengan kapasitas yang besar.

Penggunaan diagnosis kerja tanpa disertai bukti pemeriksaan penunjang atau bukti lainnya yang ditetapkan BPJS kesehatan tidak akan disetujui terkait kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya dimana ini menjadi dilema karena seringkali didapatkan kondisi pasien yang terlalu lemah untuk dapat dibawa ke ruang radiologi untuk dilakukan pemeriksaan penunjang dalam penegakan diagnosis terlebih jika penegakan diagnosis tersebut bukan merupakan tindakan yang akan menentukan keputusan penyelamatan nyawa yang akan dilakukan di IGD. Hal seperti ini sering ditemukan pada pasien dalam perawatan IGD karena fokus pelayanan IGD adalah pelayanan untuk menyelamatkan nyawa dan bukan berfokus pada penegakan diagnosis pasti (Person et al., 2013:222). Penegakan diagnosis dapat dilakukan di ruang perawatan setelah kondisi pasien stabil atau bahkan untuk sebagian penegakan diagnosis membutuhkan tindakan operasi untuk pengambilan sampel jaringan dan hal tersebut tidak memungkinkan untuk dilakukan di IGD.

Pembayaran klaim perawatan IGD terhadap kedua pasien tersebut akan dikategorikan dalam episode rawat jalan sehingga klaim yang diperoleh akan jauh lebih kecil dari beban yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit sehingga memberikan dampak kerugian bagi RS dalam memberikan pelayanan pada pasien IGD yang datang dalam kondisi mengancam jiwa. Dari penuturan beberapa pihak manajemen yang diwawancarai oleh penulis, walaupun pasien telah mendapatkan billing rawat inap, jika pasien meninggal di IGD sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap, klaim terhadap BPJS kesehatan hanya mendapatkan jumlah klaim yang terendah yaitu tarif rawat inap kelas 3. Bahkan jika pasien yang telah dipindah ke ruang rawat meninggal dalam beberapa jam di ruangan rawat inap, pembayaran juga tidak dapat diberikan maksimal oleh pihak BPJS kesehatan. Penggunaan alat bantu nafas (ventilator) dalam waktu yang relatif singkat juga akan menjadi alasan tidak dapat diajukan klaim secara maksimal (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, 2014:2; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013, 2013:1; Makisurat et al., 2018:112; Rumengan et al., 2015:88; Widati et al., 2017:156).

Sesuai dengan Undang undang Republik Indonesia no 44 tahun 2009, rumah sakit selain memiliki fungsi sosial juga memiliki tujuan profit dimana kebijakan BPJS akan berdampak pada berbagai aspek pelayanan RS (Ambarwati, 2021:5; Putri & Kartika, 2017:7). Dampak yang ditimbulkan akibat regulasi yang berlaku mengakibatkan beberapa RS, khususnya RS swasta yang jika menemui kasus yang cukup berat dan diduga tidak dapat bertahan dalam perawatan di IGD, akan segera merujuk atau bahkan langsung menyarankan pasien tersebut ke RS pemerintah tanpa dilakukan tindakan resusitasi terlebih dahulu, dimana sudah menjadi rahasia umum bahwa RS pemerintah tidak akan menolak pasien, khususnya pasien yang datang sendiri. Hal ini diketahui dari pasien yang seringkali datang sendiri ke RS-A dalam kondisi gawat darurat setelah

ditolak secara halus oleh RS lainnya dengan alasan keterbatasan kemampuan RS meskipun hal ini bertentangan dengan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 dimana fasilitas pelayanan kesehatan **wajib** memberikan pelayanan kesehatan bagi seseorang yang berada dalam kondisi gawat darurat untuk penyelamatan nyawa dan mencegah kecacatan sesuai dengan kemampuan pelayanannya. Upaya penghematan di IGD juga dilakukan oleh pihak RS seperti membatasi penggunaan obat-obatan tertentu sebelum pasien mendapatkan *billing* rawat inap untuk memastikan bahwa pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap sehingga klaim terhadap BPJS kesehatan dapat menutupi beban yang telah dikeluarkan. Namun untuk kasus yang bersifat *life saving*, aturan ini cukup sulit untuk diberlakukan terkait keselamatan pasien dan masalah etika yang mungkin timbul. Beberapa rumah sakit lainnya meminimalisir beban yang dikeluarkan dengan mengurangi pemeriksaan penunjang yang dianggap tidak esensial. Hal ini akan mengakibatkan kerugian pada pasien dan menjadi dilema pada penyelenggara layanan kesehatan. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, 2014:2; Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013, 2013:1; Makisurat et al., 2018:112; Rumengan et al., 2015:88; Widati et al., 2017:156; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023)

Kunjungan pasien yang tinggi namun tidak merata di Indonesia menyebabkan RS seringkali mengalami kepadatan yang secara tidak langsung mengakibatkan IGD menjadi terlalu padat (*overcrowding*) sehingga menyebabkan terganggunya *flow* pasien ke ruangan. Hal ini merupakan masalah lain yang timbul untuk pasien yang berada di IGD dalam jangka waktu lebih dari 6 jam karena secara administratif tidak dapat tercatat sebagai pasien rawat inap dikarenakan belum tersedianya tempat tidur kosong yang dapat ditempati pasien tersebut; secara sistem, pasien tersebut belum tercatat sebagai pasien rawat inap. Penelitian ini merupakan penelitian normatif dengan pendekatan studi kasus dengan keterbatasan generalisasi serta rentan terhadap subjektivitas namun dapat menjadi suatu dukungan untuk sebuah penelitian empiris selanjutnya dalam meningkatkan layanan RS yang didukung oleh peraturan yang adil dan tidak memihak. (Djatiwibowo et al., 2018:122; Rumengan et al., 2015:88; Widati et al., 2017:156; Winarti & Sukmawati, 2022:63)

Kesimpulan

Rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi seseorang yang berada dalam kondisi gawat darurat untuk penyelamatan nyawa dan mencegah kecacatan berdasarkan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023, namun selain memiliki fungsi sosial rumah sakit juga memiliki tujuan profit. Dengan regulasi episode perawatan di IGD kurang dari 6 jam ditentukan sebagai pasien rawat jalan dalam pengajuan klaim BPJS akan memberatkan pengambilan keputusan dalam pelayanan pasien di IGD, khususnya pasien dengan kondisi kritis dimana beban yang dikeluarkan tidak sebanding dengan klaim yang dibayarkan oleh BPJS kesehatan sehingga mengakibatkan timbulnya beberapa kebijakan lokal diberlakukan oleh beberapa RS dan hal ini akan berdampak pada keselamatan pasien. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 terkait INA-CBG secara tidak langsung menimbulkan dilema dan menjadi kendala

bagi penyedia layanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal pada pasien yang datang dengan kondisi gawat darurat.

Daftar Bacaan

Perundang-undangan :

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1392 (2013)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs), Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 795 (2014)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072 (2009)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887 (2023).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887 (2023).

Buku :

BPJS Kesehatan. (2016). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. In *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*

Marzuki, P. M. (2021). *Penelitian Hukum* (edisi revisi, Vol. 1). Prenadamedia Group, divisi Kencana.

Website :

Soeroso, S., JS, D. W., Hakim, L., Muchtar, O., Sihombing, F., Gunawan, S., Priharto, K., & Wibowo, D. B. (2019). Refleksi Perjalanan 5 Tahun Era Jaminan Kesehatan Nasional. In *Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia*.
<https://www.youtube.com/watch?v=1cdCwC3VB1s&t=1372s>

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. (2019). JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional. In *Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia*.

Jurnal :

- Alamsyah, K., Prastiwi, E. N., & Salamah, U. (2021). Implementasi Kebijakan Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kota Bekasi. *Kebijakan: Jurnal Ilmu Administrasi*, 12(2), 107–121.
- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020–Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1), 1–12.
- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019). Analisis persetujuan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156–166.
- Bajracharya, S., & Shrestha, A. (2019). *Analysis of Dead on Arrival at Emergency Department of Patan Hospital*. 6(8), 26–29. <https://doi.org/10.59284/jgpeman105>
- Benuf, K., & Azhar, M. (2020). Metodologi penelitian hukum sebagai instrumen mengurai permasalahan hukum kontemporer. *Gema Keadilan*, 7(1), 20–33.
- Djatiwibowo, K., Januari, P., & Ep, A. A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2), 122–134. <https://doi.org/10.7454/arsi.v4i2.2564>
- Dziegielewski, J., Schulte, F. C., Jung, C., Wolff, G., Hannappel, O., Kümpers, P., Bernhard, M., & Michael, M. (2023). Resuscitation Room Management of Patients With Non-Traumatic Critical Illness in the Emergency Department (OBSERvE-DUS-study). *BMC Emergency Medicine*, 23(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00812-y>
- Fragala, M., Keogh, M., Goldberg, S., Lorenz, R., & Shaman, J. (2023). Clinical and Economic Outcomes of a Pharmacogenomics-Enriched Comprehensive Medication Management Program in a Self-Insured Employee Population. *Research Square*, 1, 1–8. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3338632/v1>
- Handayani, S. R., Widjaja, L., Putra, D. H., & Sonia, D. (2023). Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Biaya Pelayanan Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta Tahun 2022. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(4), 1045–1053.
- Hidayat, D., & Bachtiar, A. (2024). Analisis Manajemen Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan. *Syntax Idea*, 6(4), 1973–1982.
- Katz, M. H. (2018). Decreased Admission Rate From the Emergency Department With Increased Emergency Department Visits – The Good and the Bad. *Jama Internal Medicine*, 178(12), 1710. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5163>
- Makisurat, J. G., Sarwo, Y. B., & Wibowo, D. B. (2018). Pelaksanaan Pelayanan Gawat Darurat Bagi Peserta Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Ratu Aji Putri

- Botung Ditinjau Dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/Sk/Ix/2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan*, 4(1), 112–131. <https://doi.org/10.24167/shk.v4i1.1472>
- Marzuki, P. M. (2021). *Penelitian Hukum* (edisi revi, Vol. 1). Prenadamedia Group, divisi Kencana.
- Mercer, T., Bae, J., Kipnes, J., Velazquez, M., Thomas, S. M., & Setji, N. (2015). The Highest Utilizers of Care: Individualized Care Plans to Coordinate Care, Improve Healthcare Service Utilization, and Reduce Costs at an Academic Tertiary Care Center. *Journal of Hospital Medicine*, 10(7), 419–424. <https://doi.org/10.1002/jhm.2351>
- Person, J., Spiva, L., & Hart, P. (2013). The culture of an emergency department: an ethnographic study. *International Emergency Nursing*, 21(4), 222–227.
- Puspaningsih, M., Suryawati, C., & Arso, S. P. (2022). EVALUASI ADMINISTRASI KLAIM BPJS KESEHATAN DALAM MENURUNKAN KLAIM PENDING. *Journal of Syntax Literate*, 7(6), 1–6.
- Putri, B. S., & Kartika, L. (2017). Pengaruh kualitas pelayanan bpjs kesehatan terhadap kepuasan pengguna perspektif dokter rumah sakit hermina bogor. *Jurnal Riset Manajemen Dan Bisnis (JRMB) Fakultas Ekonomi UNIAT*, 2(1), 1–12.
- Reynolds, T. A., Sawe, H., Rubiano, A. M., Shin, S. Do, Wallis, L., & Mock, C. N. (2018). *Strengthening health systems to provide emergency care*.
- Rumengan, D. S. S., Umboh, J. M. L., & Kandou, G. D. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *JIKMU*, 5(1), 88–100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.019>
- Ruxin, T., Feldmeier, M., Addo, N., & Hsia, R. Y. (2023). Trends by Acuity for Emergency Department Visits and Hospital Admissions in California, 2012 to 2022. *Jama Network Open*, 6(12), 23–48. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.48053>
- Setiawan, M. D., Fauziah, F., Edriani, M., & Gurning, F. P. (2022). Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Nasional (A: Systematic Review). *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 6(2), 12869–12873.
- Suhaimi, S. (2018). Problem Hukum Dan Pendekatan Dalam Penelitian Hukum Normatif. *Jurnal Yustitia*, 19(2).
- Sulaiman, S. (2018). Paradigma dalam Penelitian Hukum. *Kanun Jurnal Ilmu Hukum*, 20(2), 255–272.
- Tan, D. (2021). Metode Penelitian Hukum: Mengupas Dan Mengulas Metodologi Dalam Menyelenggarakan Penelitian Hukum. *Nusantara: Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial*, 8(8), 2463–2478.
- Widati, T., Asrori, H., & Pujiyono. (2017). Perlindungan Hukum Bagi Pasien Kegawatdaruratan Bpjs Dengan Diagnosa Di Luar Daftar Diagnosa Gawat Darurat Di Rsud Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Pasca Sarjana Hukum UNS*, V(2), 156–164.
- Winarti, W., & Sukmawati, T. D. (2022). Gambaran Sistem Pengajuan Klaim Pasien Rawat

Inap Bpjs Kesehatan Di Rsud X Kabupaten Bandung. *Jurnal Teras Kesehatan*, 5(1), 63-72.