

**Skripsi**

**GAMBARAN KEJADIAN *THIRTY DAYS – HOSPITAL READMISSION*  
PADA PASIEN BPJS DI RUANG RAWAT INAP RSUD HAJI KOTA  
MAKASSAR**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk  
mendapatkan gelar sarjana keperawatan (S.Kep)*



**Oleh:**

**POPPY NURUL ASMAUL RAZAK**

**C12116326**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2020**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Halaman Persetujuan

**GAMBARAN KEJADIAN *THIRTY DAY – HOSPITAL READMISSION*  
PADA PASIEN BPJS DI RUANG RAWAT INAP RSUD HAJI KOTA  
MAKASSAR**

oleh :

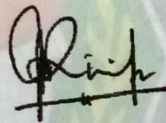
**POPPY NURUL ASMAUL RAZAK  
C12116326**

Disetujui untuk diseminarkan

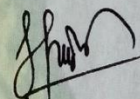
Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II




Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D  
NIP. 19800717 200812 2 003



Hapsah S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 19830507 201012 2 002

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Unhas

  
Dr. Yuliana Syam S.Kep., Ns., M.Si  
NIP. 19760618 200212 2 002

## HALAMAN PENGESAHAN

### HALAMAN PENGESAHAN

#### GAMBARAN KEJADIAN *THIRTY DAYS – HOSPITAL READMISSION* PADA PASIEN BPJS DI RUANG RAWAT INAP RSUD HAJI KOTA MAKASSAR

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

pada

Hari/Tanggal : Jumat, 27 November 2020

Pukul : 13.00 – selesai

Tempat : Via Online

Disusun Oleh :

**POPPY NURUL ASMAUL RAZAK**

C12116326

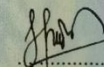
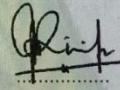
Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

**Tim Penguji Akhir**

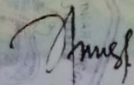
Pembimbing I : Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D

Pembimbing II : Hapsah, S.Kep.,Ns.,M.Kep



Mengetahui,

**Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan**



**Dr. Yuliana Syam S.Kep., Ns., M.Si**  
NIP. 19760618 200212 2 002



## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Poppy Nurul Asmaul Razak


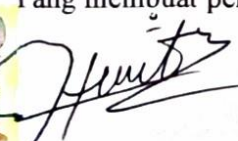
NIM : C12116326

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini dengan judul **“GAMBARAN KEJADIAN *THIRTY DAYS – HOSPITAL READMISSION* PADA PASIEN BPJS DI RUANG RAWAT INAP RSUD HAJI KOTA MAKASSAR”** ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain kecuali yang tertulis dalam naskah dan terlampir dalam pustaka. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian besar atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar , 6 Oktober 2020

Yang membuat pernyataan

   
Poppy Nurul Asmaul Razak

## ABSTRAK

Poppy Nurul Asmaul Razak: C12116326. **GAMBARAN KEJADIAN *THIRTY DAYS-HOSPITAL READMISSION* PADA PASIEN BPJS DI RUANG RAWAT INAP RSUD HAJI MAKASSAR**, dibimbing oleh Rini Rachmawaty dan Hapsah.

**Latar belakang:** BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam pengimplementasiannya menggunakan sistem INA-CBGs yang diharapkan dapat meningkatkan mutu dan efisiensi rumah sakit. Namun kenyataannya, sistem ini berdampak pada peningkatan readmisi rumah sakit. Selain memberikan dampak finansial, readmisi sendiri menandakan mutu kualitas pelayanan lesehatan yang rendah.

**Tujuan:** Diketuainya gambaran kejadian *Thirty days-Hospital readmission* pada pasien BPJS di ruang rawat inap RSUD Haji Kota Makassar.

**Metode:** Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. jumlah sampel sebanyak 270 data sekunder pasien dengan menggunakan teknik Purposive Sampling. Uji statistik yang digunakan adalah *mann-whitney U test* dan uji *kruskal-Wallis*

**Hasil:** Sebanyak 3% mengalami 30 hari readmisi (22% responden masuk dengan diagnosa yang sama) dengan rata-rata usia adalah 43 tahun, berjenis kelamin perempuan (55,2%), rawat inap kelas 3 (63%), rata-rata LOS 4,3 hari, dan mayoritas responden pulang atas persetujuan dokter (93,7%). Biaya rata-rata yang dikeluarkan untuk 30 hari readmisi adalah Rp 604.252 dan mencapai hingga 92% dari biaya admisi. Hasil uji statistik menemukan hubungan antara frekuensi kejadian 30 hari readmisi dengan Jenis kelamin, Usia, LOS, Kelas rawat, dan *Discharge status* ( $p=0,950; 0,796; 0,823; 0,674; 0,506 > \alpha 0,05$ ).

**Kesimpulan & Saran:** Hasil uji statistik menemukan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara frekuensi kejadian 30 hari readmisi dengan Jenis kelamin, Usia, LOS, Kelas rawat, dan *Discharge status*. Diharapkan pada peneliti selanjutnya agar melakukan penelitian yang bersifat prospektif agar data yang didapatkan lebih menyeluruh.

**Kata Kunci:** *Thirty Days-Hospital Readmission*, readmisi, BPJS.

**Sumber Literatur:** 80 Kepustakaan (2005-2020)

## Abstract

Poppy Nurul Asmaul Razak: C12116326. **DESCRIPTION OF THIRTY DAYS-HOSPITAL READMISSION IN BPJS PATIENTS IN THE INPATIENT ROOM OF A REGIONAL HOSPITAL OF HAJJ, MAKASSAR City**, supervised by Rini Rachmawaty and Hapsah.

**Background:** BPJS Kesehatan as the administering body for the National Health Insurance (JKN) program in its implementation uses the INA-CBGs system which is expected to improve the quality and efficiency of hospitals. But in reality, this system has an impact on increasing hospital readmissions. Apart from having a financial impact, the readmission itself indicates the low quality of health services.

**Purpose:** To know the description of the Thirty days-Hospital readmission in BPJS patients in the inpatient room of the Makassar City Haji Hospital.

**Methods:** This study is a quantitative descriptive analytic study with a cross sectional approach. The number of samples was 270 secondary data of patients using purposive sampling technique. The statistical tests used were the Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis test.

**Results:** 3% of all hospitalized patients were readmitted (22% of respondents entered with the same diagnosis) with an average age of 43 years, female (55.2%), inpatient class 3 (63%), average LOS 4.3 days, and the majority of respondents went home with the doctor's approval (93.7%). The average cost for a 30-day readmission was IDR 604,252 and was up to 92% of the admission fee. The results of statistical tests found a relationship between the frequency of 30-day readmissions with gender, age, LOS, class of care, and discharge status ( $p = 0.950; 0.796; 0.823; 0.674; 0.506 > \alpha 0.05$ ).

**Conclusion & Suggestion:** The results of statistical tests found that there was no significant difference between the frequency of the 30-day readmission incident with gender, age, LOS, class of care, and discharge status. It is hoped that the next researchers will conduct research on the incidence of thirty days-hospital readmission which is prospective so that the data obtained is more comprehensive.

**Keywords:** Thirty Days-Hospital Readmission, readmission, BPJS.

**Literature Source:** 80 Bibliography (2005-2020)

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu' Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Puji syukur kehadiran Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* karena atas berkah, rahmat dan lindungan-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini yang berjudul “Gambaran Kejadian *Thirty Days – Hospital Readmission* Pada Pasien BPJS Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Kota Makassar”, sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi S-1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin. Demikian pula shalawat dan salam senantiasa tercurahkan untuk Rasulullah *Shallallahu 'alaihi Wa Sallam* dan juga keluarga dan para sahabat beliau.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyelesaian skripsi ini, masih terdapat kekurangan dan kesalahan, itu semua tidak terlepas dari keterbatasan kemampuan dan pengetahuan peneliti. Meskipun demikian, peneliti berharap hasil penelitian ini dapat memberi banyak manfaat kepada para pembaca.

Melalui kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih dan apresiasi setinggi-tingginya terutama ayahanda Saido S.Sos., M.Si dan ibunda Waode Finati yang senantiasa memberikan nasehat dan do'anya bagi peneliti. Serta dengan penuh kesabaran, keikhlasan, kasih sayang dan kerja keras telah mendidik dan membiayai peneliti sehingga dapat bersekolah dan melanjutkan pendidikan sampai ke perguruan tinggi meskipun semuanya tak dapat tergantikan dengan apapun. Semoga Allah senantiasa menjaga dan mencintai keluarga dimana pun berada. Ucapan terima kasih pula peneliti sampaikan kepada:

1. Ibu Prof. Dwia Aries Tina Pulubuhu, Selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang senantiasa membangun serta memberikan fasilitas terbaik sehingga mahasiswa merasa nyaman dalam menimba ilmu.
2. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes Sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D selaku pembimbing 1 dan Ibu Hapsah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing 2 yang senantiasa dengan kesabaran dan ketegasan memberikan masukan, arahan serta motivasi dalam penyempurnaan proposal ini.
5. Ibu Andriani, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji satu dan Ibu Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji dua yaang telah memberikan arahan dalam proses penyusunan proposal.
6. Ibu Mulhaeriah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing selama perkuliahan di Fakultas Keperawatan.
7. Seluruh Dosen, Staf Akademik, Staf Perpustakaan Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Staf Perpustakaan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang banyak membantu selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
8. Sahabat-sahabat saya yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, dan motivasinya (Arfi, Ita, Fatimah, Yuyu, Nopi, Sonia, Ibnu) yang telah membantu saya selama proses penyusunan proposal skripsi ini. Serta



teman sepembimbingan dan seluruh teman-teman TR16EMINUS atas kebersamaan, suka duka, bantuan, kerjasama, nasehat, dukungan, dan kekompakannya selama perkuliahan.

9. Pihak-pihak lain yang secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan bantuan, dukungan dan semangat yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, penulis tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali berdoa kepada Allah *Subhanahu Wa Ta'ala*. senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya yang senantiasa membantu.

Kesempurnaan hanya milik Allah *Subhanau Wa Ta'ala*, oleh karena itu penulis menyadari bahwa apa penulis sajikan dalam proposal penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, tegur sapa dan kritikan yang sifatnya membangun senantiasa penulis nantikan dengan penuh keterbukaan. Semoga proposal penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak khususnya penulis.

*Wassalaamu a 'laikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Makassar, April 2020

Poppy Nurul Asmaul Razak

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
ABSTRAK .....	v
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR BAGAN .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
<b>BAB I 1</b>	
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II 9</b>	
TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan Umum Readmisi.....	9
1. Definisi .....	9
2. Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) .....	10
3. Alasan Jangka Kurung 30 Hari .....	12
B. Tinjauan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) .....	14
1. Definisi .....	14
2. Prinsip-prinsip.....	14
3. Tujuan Pelaksanaan.....	16
4. Kepesertaan.....	16
5. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional.....	20
C. Tinjauan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).....	21

1. Definisi .....	21
2. Pengorganisasian.....	21
3. Monitoring dan Evaluasi .....	24
4. Pengawasan .....	24
D. Tinjauan Lainnya .....	25
<b>BAB III 39</b>	
<b>KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>39</b>
A. Kerangka Konsep.....	39
<b>BAB IV 40</b>	
<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>40</b>
A. Rancangan Penelitian .....	40
B. Tempat dan waktu penelitian.....	40
C. Populasi dan Sampel .....	40
D. Alur Penelitian .....	44
E. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	44
F. Instrumen Penelitian.....	47
G. Pengolahan dan Analisa Data .....	48
H. Masalah Etika .....	49
<b>BAB V 51</b>	
<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>51</b>
A. Hasil Penelitian .....	51
B. Pembahasan .....	72
C. Keterbatasan Penelitian .....	81
<b>BAB VI 82</b>	
<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>82</b>
A. Kesimpulan.....	82
B. Saran.....	82
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>84</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>91</b>

## DAFTAR BAGAN

<b>Bagan 3.1. Kerangka Konsep .....</b>	<b>39</b>
<b>Bagan 4.1. Alur Memilih Sampel Penelitian .....</b>	<b>43</b>
<b>Bagan 4.2. Alur Penelitian .....</b>	<b>44</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 2.1</b> Rumus LOS .....	27
<b>Tabel 5.1</b> Distribusi Karakteristik Responden yang Mengalami <i>Thirty Days-Hospital Readmission</i> Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Kelas Rawat, pada Pasien BPJS di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Makassar Tahun 2019 .....	53
<b>Tabel 5.2</b> Distribusi Diagnosis Responden <i>Thirty Days-Hospital Readmission</i> berdasarkan Deskripsi INA-CBG .....	54
<b>Tabel 5.3</b> Deskripsi Usia, Jenis Kelamin, <i>Length of Stay</i> (LOS), dan <i>Discharge Status</i> terhadap Rawat Inap Pertama Kali dengan Kejadian per <i>Thirty Days-Hospital Readmission</i> pada Pasien BPJS RSUD Haji Makassar Tahun 2019 .....	57
<b>Tabel 5.4</b> Deskripsi Perbandingan <i>Hospital Cost</i> terhadap Rawat Inap Pertama Kali dengan Kejadian per <i>Thirty Days-Hospital Readmission</i> pada pasien BPJS RSUD Haji Makassar Tahun 2019 .....	63
<b>Tabel 5.5</b> Deskripsi Diagnosa berdasarkan Deskripsi INA-CBGs Per <i>Thirty Days-Hospital Readmission</i> pada Pasien BPJS RSUD Haji Makassar dengan Kejadian Readmisi Lebih Dari Satu Selama Periode Tahun 2019.....	66
<b>Tabel 5.6</b> Analisis Perbandinga Frekuensi <i>Thirty Days-Hospital Readmission</i> berdasarkan Usia, LOS, Kelas Rawat dan <i>Discharge Status</i> .....	70



## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1. Lembar Instrumen Penelitian.....</b>	<b>91</b>
<b>Lampiran 2. Master Tabel.....</b>	<b>92</b>
<b>Lampiran 3. Surat Permohonan Izin Pengambilan Data Awal .....</b>	<b>151</b>
<b>Lampiran 4. Surat Izin Penelitian.....</b>	<b>153</b>
<b>Lampiran 5. Surat Izin Etik Penelitian.....</b>	<b>155</b>
<b>Lampiran 6. Hasil Analisa Data .....</b>	<b>156</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan untuk mencapai kesehatan yang optimal. Dalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28H ayat 1 menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Begitupula dalam Undang-undang RI No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan dalam pasal 4 bahwa setiap orang berhak atas kesehatan. Kesehatan adalah investasi yang besar dalam pembangunan ekonomi dan berperan dalam penanggulangan kemiskinan, karena tanpa masyarakat yang sehat akan sulit untuk membangun negara sendiri. Pemerintah dalam hal ini memiliki tanggung jawab dalam pemenuhan pelayanan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat. Program Indonesia Sehat oleh kementerian kesehatan indonesia menjadi salah satu upaya pemerintah dalam peningkatan pelayanan kesehatan yang mencakup paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan, dan Jaminan Kesehatan nasional (JKN). (Biro komunikasi dan pelayanan masyarakat Kemenkes RI, 2019)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib berdasarkan UU No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang bertujuan untuk semua

penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes RI, 2013). Badan Penyelenggara Jaminan Nasional (BPJS) sebagai badan hukum yang menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak 1 Januari 2014. Dalam pengimplementasian program JKN digunakan metode INA-CBGs (*Indonesia Case Based Groups*) sebagai penentuan tarif yang digunakan oleh BPJS untuk mengganti klaim yang ditagihkan oleh rumah sakit. INA-CBGs merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan untuk suatu kelompok diagnosis. Melalui INA-CBGs diharapkan dapat meningkatkan mutu dan efisiensi rumah sakit (Info BPJS Kesehatan, 2014). Namun demikian, implementasi metode INA-CBGs nyatanya berdampak pada terjadinya penyalahgunaan atau kecurangan (*fraud*). (D. P. H. Putri, 2017)

Readmisi adalah salah satu bentuk kecurangan dalam program JKN. Menurut *Center for Medicare and Medicaid Service* (CMS), readmisi merupakan diterimanya kembali di rumah sakit sebagai perawatan akut dalam waktu 30 hari dari diagnosa yang sama atau rumah sakit perawatan akut yang lain (Rochfika, 2019). Oleh karenanya Readmisi 30 hari menjadi salah satu indikator dalam sistem kendali mutu dan biaya pelayanan pada program JKN (Pamjaki, 2014). Tingkat Readmisi menjadi salah satu metrik penting untuk mengevaluasi rumah sakit pada kualitas pelayanan dan penggunaan sumber daya. Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 659 tahun 2009

tentang rumah sakit Indonesia kelas dunia menyebutkan bahwa salah satu standar penilaian kinerja rumah sakit adalah kasus readmisi kurang dari 1%. Selain itu, readmisi menjadi salah satu tolak ukur dalam indikator keberhasilan proses *case management system* di rumah sakit.

Readmisi yang terjadi pada pasien dapat meningkatkan anggaran pembiayaan kesehatan yang dibebankan kepada BPJS Kesehatan. Penagihan yang seharusnya dapat di klaim bersama dalam bentuk satu paket pelayanan menjadi penagihan beberapa prosedur secara terpisah agar memperoleh nilai klaim dan keuntungan yang lebih besar pada satu episode perawatan pasien. Perilaku readmisi biasanya terjadi karena klaim yang kurang atau tidak mencukupi untuk pelayanan, dan sistem monitoring yang kurang memadai. Praktik ini justru menimbulkan efisiensi dan yang dirugikan bukan hanya BPJS Kesehatan tetapi juga pasien. (Risczka R, 2018)

Di negara Amerika, readmisi telah lama menjadi perhatian. Bahkan pada tahun 2012 lembaga asuransi di Amerika *Centers for Medicare and Medicaid Service* (CMS) mengeluarkan sebuah program yang disebut *Hospital Readmission Reduction Program* (HRRP), yaitu sebuah program yang dibuat untuk menurunkan angka readmisi 30 hari yang terjadi dengan cara memberikan denda pada rumah sakit dengan tingkat readmisi 30 hari yang tinggi (*Center of Medicare and Medicaid Service*, 2019). Pada pertengahan 1980-an, tingkat penerimaan kembali rumah sakit selama 30 hari adalah >20%. Tingkat penerimaan kembali 30 hari yang terus-menerus tinggi di antara banyak rumah sakit AS, menyoroti perlunya studi lanjutan untuk lebih memahami faktor-faktor yang mempengaruhi readmisi (Felix, Seaberg,

Bursac, Thostenson, & Stewart, 2015). Penerimaan kembali ini menjadi perhatian karena dampaknya pada biaya dan hasil pasien. Pada tahun 2014 di Amerika Serikat, 14% pasien dengan rawat inap mengalami readmisi 30 hari dimana pasien dengan asuransi *Medicare* adalah yang tertinggi dengan Skizofrenia dan gagal jantung kongestif merupakan diagnosa utama (Fingar, Barrett, & Jiang, 2017). Biaya rata-rata untuk readmisi adalah sekitar \$3000 lebih tinggi dari biaya rata-rata kunjungan awal ke rumah sakit. Indeks rata-rata untuk semua jenis pembayar adalah 5 % lebih tinggi untuk pasien dengan Medicare, 11% untuk pasien yang tidak diasuransikan dan 30% lebih tinggi untuk pasien yang ditanggung oleh Medicare (Barrett, Wier, Jiang, & Steiner, 2015). Pada tahun 2016, sebanyak 12 dari 18 total diagnosis utama readmisi memiliki rata-rata biaya 10% lebih tinggi dari biaya rata-rata kunjungan pertama (Bailey, Weiss, Barret, & Jiang, 2019).

Sebuah penelitian menemukan tingkat 30 hari readmisi sebesar 4.6% pada pasien triple arthrodesis, dengan pengguna asuransi Medicaid yaitu sebuah jenis asuransi kesehatan di Amerika untuk masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah (Merrill, Ferrandino, Hoffman, Ndu, & Shaffer, 2019). Sedangkan penelitian lainnya di Afrika Selatan menemukan 10.5% tingkat kejadian 30 hari readmisi dengan 66% pasien diterima kembali dalam waktu kurang dari 14 hari (Dreyer & Viljoen, 2019). Beragam alasan mendasari terjadinya 30 hari readmisi di rumah sakit. Dari berbagai penelitian, faktor resiko yang paling sering terjadi terdiri atas kondisi kesehatan, tipe asuransi, jenis pendidikan, usia, jenis kelamin, status ekonomi, dan lama hari rawat (Chopra, Lee Wilkins, & Sambamoorthi, 2016).



Di Indonesia penelitian terhadap Readmisi belum banyak dilakukan. Pada sebuah penelitian terhadap readmisi menemukan angka sebesar 8.81% kejadian readmisi pada 13 rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS di kota Sukabumi pada tahun 2015. Dimana biaya readmisi mencapai 104-113% dari biaya perawatan awal (Atmiroseva & Nurwahyuni, 2017). Pada penelitian lainnya menemukan 4,4% kasus readmisi yang terjadi pada salah satu rumah sakit daerah di Martapura, Kalimantan Selatan (Habibi, 2016). Ketua biro hukum dan pembinaan Ikatan Dokter Indonesia membenarkan bahwa praktik readmisi menjadi salah satu penyebab klaim ke BPJS menunggak (Cahyani Dewi & Pebrianto, 2019).

Dampak negatif pelaksanaan JKN juga berimbas pada beberapa rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS. Di Sulawesi Selatan, RSUD Haji Kota Makassar mengalami kerugian akibat besaran tarif pembiayaan yang dianggap tidak sebanding dengan jasa pelayanan yang berdampak buruk pada mutu pelayanan rumah sakit. Selain itu, RSUD haji Makassar mengalami penurunan tipe dari tipe B ke tipe C yang disebabkan oleh kebijakan BPJS (Fajar, 2019). RSUD haji Kota Makassar termasuk dalam 615 rumah sakit di Indonesia yang mengalami penurunan kelas (Harsono,2019). Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk menganalisa kejadian readmisi 30 hari pada pasien BPJS di ruang rawat inap RSUD Haji Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta

pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan secara gotong royong untuk memberikan manfaat pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif yang telah berlangsung selama 6 tahun dinilai perlu dievaluasi. Selain memberi peluang untuk melakukan tindak kecurangan, BPJS selaku pelaksana program JKN mengalami defisit hingga mencapai Rp32 triliun pada akhir tahun 2019 (Tempo, 2019). Readmisi 30 hari salah satunya, sebagai salah satu bentuk tindak kecurangan yang terjadi di era JKN. Readmisi adalah suatu tindakan atau kejadian seorang pasien dirawat kembali yang sebelumnya telah mendapatkan layanan rawat inap di rumah sakit (Iskandar, 2014). Selain memberikan dampak kerugian finansial bagi pihak pasien dan BPJS, readmisi juga berarti menandakan mutu kualitas pelayanan kesehatan yang rendah. Dari fenomena tersebut, muncul pertanyaan penelitian bagaimana gambaran kejadian *Thirty days-Hospital readmission* pada pasien BPJS di ruang rawat inap RSUD Haji Makassar ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Diketuinya gambaran kejadian *Thirty days-Hospital readmission* pada pasien BPJS di ruang rawat inap RSUD Haji Kota Makassar.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Teridentifikasinya gambaran kejadian *Thirty days-Hospital readmission* pada pasien BPJS di ruang rawat inap RSUD Haji Kota Makassar.

- b. Teridentifikasinya kejadian *Thirty days-Hospital readmission* berdasarkan usia, jenis kelamin, diagnosa, kelas rawat, *Length of Stay* (LOS), status kepulungan pasien, serta biaya Rumah Sakit.
- c. Teridentifikasinya usia, jenis kelamin, diagnosa, kelas rawat, *Length of Stay* (LOS), status kepulungan pasien dan perbandingan biaya yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit per Readmisi pada kejadian *Thirty days-Hospital readmission* pada pasien BPJS di ruang rawat inap RSUD Haji Kota Makassar.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran, memperkaya pemikiran dan mampu mengembangkan ilmu keperawatan tentang *Thirty Days-Hospital Readmission* dalam meningkatkan mutu kualitas pelayanan perawatan.

##### 2. Manfaat Praktis

###### a. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini bermfaat bagi peneliti dalam menambah pengalaman dan pengetahuan peneliti tentang *Thirty Days-Hospital Readmission*.

###### b. Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan yang dapat digunakan sebagai bahan informasi, pertimbangan, evaluasi bagi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin serta salah satu perbandingan untuk penelitian selanjutnya.

c. Manfaat bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan bahan pertimbangan dalam upaya meningkatkan keberhasilan program untuk menurunkan angka kejadian readmisi 30 hari pada pasien. Juga dapat menjadi salah satu pertimbangan dalam evaluasi dari meningkatkan mutu kualitas pelayanan di rumah sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Readmisi**

##### **1. Definisi**

Menurut *Center for Medicare and Medicaid Service (CMS)*, readmisi merupakan diterimanya kembali di rumah sakit sebagai perawatan akut dalam waktu 30 hari dari diagnosa yang sama atau rumah sakit perawatan akut yang lain (Rochfika, 2019). *Thirty days – hospital readmissions* adalah penerimaan rumah sakit sebagai penerimaan pasien ke rumah sakit dalam waktu 30 hari setelah dipulangkan dari perawatan dirumah sakit sebelumnya. Pasien yang dipindahkan ke rumah sakit lain untuk perawatan jangka panjang tidak dikategorikan dalam readmisi (Mayo Foundation for Medical Education and Research, n.d.). Penelitian menunjukkan bahwa penerimaan kembali dalam waktu 30 hari dikaitkan dengan kualitas perawatan, koordinasi perawatan, atau faktor lain dalam penyedia layanan kesehatan.

Readmisi rumah sakit pertama kali muncul dalam literatur medis pada tahun 1953 oleh Moya Moodside tentang pemeriksaan hasil pada pasien jiwa di London. pasien-pasien tersebut berulang kali dirawat di rumah sakit dengan kondisi kronis. Seiring waktu, tarif pendaftaran kembali masuk rumah sakit telah menjadi hasil yang umum dalam penelitian pelayanan kesehatan, dengan beberapa literatur menggambarkan readmisi, termasuk frekuensi, penyebab, yang menyebabkan pasien



memiliki tingkat tinggi readmisi di rumah sakit, dan berbagai metode untuk mencegahnya (Rochfika, 2019).

Readmisi menyedot perhatian yang besar para pengambil kebijakan ketika pembayaran rumah sakit berubah dari *fee for service* (FFS) ke *Diagnosis Related Group* (DRG). Readmisi mencerminkan pengeluaran yang berlebihan dibarengi rendahnya kualitas. Oleh karenanya readmisi dijadikan sebagai indikator kualitas pelayanan. Dimana semakin kecil indikator semakin baik kualitas. Readmisi pula digunakan sebagai *outcome* penelitian yang mengkaji penerapan teknologi bidang kesehatan (Razak & Sitomorang, 2019).

## **2. Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP)**

Readmisi tidak hanya sebagai indikator keberhasilan kualitas perawatan, tetapi juga sebagai indikator kendali biaya pelayanan. Amerika Serikat lewat sebuah Undang-undangnya yang dikenal *Affordable Care Act* (ACA) membentuk *Hospital Readmissions Reduction Program* pada 1 Oktober 2012 yaitu sebuah program yang bertujuan untuk mengurangi tingkat 30 hari readmisi. Di bawah program ini, rumah sakit dengan tingkat 30 hari readmisi yang tinggi untuk setiap kondisi dan prosedur seperti *Acute Myocardial Infarction* (AMI), *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (COPD), Gagal jantung, Pneumonia, operasi *Coronary Artery Bypass Graft* (CABG), *Elective Primary Total Hip Arthroplasty* dan/atau *Total Knee Arthroplasty* (THA/TKA) akan dihukum secara finansial. HRRP diharapkan dapat membuat tingkat kesehatan masyarakat Amerika lebih baik dengan menggunakan pembayaran rumah sakit dengan

kualitas perawatan rumah sakit. Hal tersebut memberikan rumah sakit insentif untuk meningkatkan komunikasi dan koordinasi perawatan sehingga pasien dan perawat lebih terlibat dalam perencanaan pasca-pulang (CMS, 2019)

CMS mempatenkan 30 hari sebagai periode waktu yang ditentukan sejak tanggal pemulangan untuk tujuan menentukan penerimaan kembali untuk *Hospital Readmissions Reduction Program*. Lebih jauh lagi, jangka waktu 30 hari adalah periode yang bermakna secara klinis bagi rumah sakit untuk berkolaborasi dengan komunitas mereka dalam upaya mengurangi penerimaan kembali. Periode pratinjau 30 hari dinilai sudah cukup bagi rumah sakit untuk meninjau dan memperbaiki rasio readmisi berlebih mereka (Federal Register, 2012).

Rasio readmisi berlebih, digunakan untuk menetapkan hukuman ke rumah sakit, menyesuaikan variasi volume rumah sakit dan campuran kasus. Model regresi logistik hirarkis digunakan untuk menghitung jumlah aktual readmisi yang disesuaikan dalam pembilang dan jumlah yang diharapkan dari readmisi dalam penyebut. Pembilang dihitung dengan memperkirakan probabilitas penerimaan kembali untuk setiap pasien di rumah sakit tertentu. Ini memperhitungkan efek khusus rumah sakit, probabilitas penerimaan kembali untuk setiap pasien, dan probabilitas penerimaan kembali berdasarkan faktor risiko pasien (usia, jenis kelamin, dan komorbiditas klinis yang dipilih). Probabilitas ini kemudian dirangkum pada semua pasien rumah sakit dengan diagnosis. Penyebut dihitung dengan menjumlahkan probabilitas penerimaan kembali untuk

setiap pasien di rumah sakit rata-rata menggunakan koefisien regresi yang sama dan efek rumah sakit rata-rata. Oleh karena itu, rasio menghitung total penerimaan kembali yang diprediksi di rumah sakit dibandingkan dengan total penerimaan kembali yang diharapkan jika pasien dirawat di rumah sakit rata-rata dengan pasien yang sama. Ambang batas yang ditetapkan untuk mendefinisikan “kelebihan” berada di atas rata-rata (mis. Rasio > 1.0) dan setiap rasio di atas yang akan menghasilkan penalti; jumlah dolar aktual denda kemudian ditentukan dengan menghitung 1 dikurangi pembayaran agregat untuk kelebihan penerimaan kembali dibagi dengan pembayaran agregat untuk semua pelepasan, dan mengalikan “faktor penyesuaian penerimaan kembali” ini dengan pembayaran DRG dasar rumah sakit (Rau, 2019).

### **3. Alasan Jangka Kurung 30 Hari**

Untuk menilai tingkat *readmission* dari semua penyebab dibutuhkan ukuran waktu yang dapat memberikan penilaian yang luas dari kualitas perawatan di rumah sakit. Pengembangan ukuran sebagai ukuran yang dapat dipakai untuk mengidentifikasi semua penyebab *readmission* yang tidak direncanakan adalah 30 hari setelah keluar. Standar waktu 30 hari ini dapat diterima sebagai standar untuk mengukur pembangunan, penyesuaian risiko yang tepat dan transparansi spesifikasi. *Readmission* yang direncanakan tidak termasuk pada standar waktu 30 hari karena tidak dapat mewakili memberi sinyal kualitas pelayanan. (Horwitz et al., 2011)

Alasan jangka waktu 30 hari dianggap wajar dengan beberapa alasan , yaitu:

- a. Dalam waktu 30 hari, *readmission* lebih cenderung disebabkan oleh perawatan yang diterima selama indeks rawat inap dan selama transisi ke pengaturan rawat jalan. Dari sejumlah penelitian menunjukkan, perbaikan dalam perawatan perencanaan pulang dapat mengurangi tingkat *readmission* 30 hari. Sejumlah tindakan untuk mengurangi *readmission* yaitu memastikan pasien secara klinis siap dipulangkan, mengurangi risiko infeksi, pengobatan, meningkatkan komunikasi antar penyedia pelayanan yang terlibat dalam transisi perawatan, mendidik pasien tentang gejala untuk memantau siapa yang dikontak, dimana dan kapan untuk mencapai perawatan tindak lanjut.
- b. Jangka waktu 30 hari konsisten dengan langkah-langkah *readmission* yang disetujui oleh *National Quality Forum* (NQF) dan dilaporkan secara terbuka oleh *Center of Medicare and Medicaid Services* (CMS).
- c. Selain penilaian klinis, meninjau waktu untuk acara kurva dari *readmission* dari waktu ke waktu untuk memutuskan apakah 30 hari *readmission* adalah sinyal kualitas. *Readmission* dari waktu ke waktu untuk acara kurva menunjukkan pola yang sangat mirip untuk semua kategori kondisi pemulangan. Akrual *readmission* awal yang cepat, dengan *readmission* stabil dan konsisten sesudahnya, kurva biasanya

stabil dalam waktu 30 hari pemulangan, menunjukkan bahwa 30 hari adalah keputusan wajar secara klinis.

## **B. Tinjauan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

### **1. Definisi**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang bertujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. (Kemenkes, 2013)

### **2. Prinsip-prinsip**

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:

#### **a. Prinsip Kegotongroyongan**

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong-royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*).

Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

c. Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

d. Prinsip kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

e. Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

f. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial

dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

### **3. Tujuan Pelaksanaan**

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

### **4. Kepesertaan**

Peserta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional meliputi :

#### **a. Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN**

Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.

#### **b. Bukan penerima Bantuan Iuran JKN**

Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

##### **1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:**

- a) Pegawai Negeri Sipil;
- b) Anggota TNI;
- c) Anggota Polri;
- d) Pejabat Negara;
- e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
- f) Pegawai Swasta; dan

- g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
  - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
  - c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
- a) Investor;
  - b) Pemberi Kerja;
  - c) Penerima Pensiun;
  - d) Veteran;
  - e) Perintis Kemerdekaan; dan
  - f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas:
- a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
  - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
  - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
  - d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan



- e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.

Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:

1. Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan
2. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

c. WNI di Luar Negeri

Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

d. Syarat pendaftaran

Syarat pendaftaran akan diatur kemudian dalam peraturan BPJS.

e. Lokasi pendaftaran

Pendaftaran Peserta dilakukan di kantor BPJS terdekat/setempat.

f. Prosedur pendaftaran Peserta

1. Pemerintah mendaftarkan PBI JKN sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
2. Pemberi Kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
3. Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.

g. Hak dan kewajiban Peserta

1. Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan a) identitas Peserta dan b) manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2. Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk: a. membayar iuran dan b. melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas Peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja.

h. Masa berlaku kepesertaan

1. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar Iuran sesuai dengan kelompok peserta.
2. Status kepesertaan akan hilang bila Peserta tidak membayar Iuran atau meninggal dunia.
3. Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut diatas, akan diatur oleh Peraturan BPJS.

i. Pentahapan kepesertaan

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014, kepesertaannya paling sedikit meliputi: PBI Jaminan Kesehatan; Anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya; Anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya; peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek

dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

## 5. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. **Penyuluhan kesehatan perorangan**, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. **Imunisasi dasar**, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan HepatitisB (DPTHB), Polio, dan Campak.
- c. **Keluarga berencana**, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.

d. **Skrining kesehatan**, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat **yang tidak dijamin** meliputi: Tidak sesuai prosedur; Pelayanan di luar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS; Pelayanan bertujuan kosmetik; *General checkup*, pengobatan alternatif; Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi; Pelayanan kesehatan pada saat bencana ; dan Pasien Bunuh Diri /Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ Bunuh Diri/Narkoba.

## C. Tinjauan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

### 1. Definisi

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, dimana badan ini mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (A. E. Putri, 2014).

### 2. Pengorganisasian

JKN diselenggarakan oleh BPJS yang merupakan badan hukum publik milik Negara yang bersifat non profit dan bertanggung jawab kepada Presiden. BPJS terdiri atas **Dewan Pengawas** dan **Direksi**.

**Dewan Pengawas** terdiri atas 7 (tujuh) orang anggota: 2 (dua) orang unsur Pemerintah, 2(dua) orang unsur Pekerja, 2 (dua) orang unsur Pemberi Kerja, 1 (satu) orang unsur Tokoh Masyarakat. Dewan Pengawas tersebut diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Dalam melaksanakan pekerjaannya, Dewan Pengawas mempunyai **fungsi, tugas, dan wewenang** pelaksanaan tugas BPJS dengan uraian sebagai berikut:

- a. Dewan Pengawas adalah melakukan pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS.
- b. Dewan Pengawas **bertugas** untuk:
  - a) melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS dan kinerja Direksi;
  - b) melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi;
  - c) memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS; dan
  - d) menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.
- c. Dewan Pengawas **berwenang** untuk:
  - 1) menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS;
  - 2) mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi;
  - 3) mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS;
  - 4) melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS; dan

5) memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.

**Direksi** terdiri atas paling sedikit 5 (lima) orang anggota yang berasal dari unsur profesional. Direksi sebagaimana dimaksud diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Adapun **fungsi, tugas, dan wewenang** sebagai berikut:

- a. Direksi **berfungsi** melaksanakan penyelenggaraan kegiatan operasional BPJS yang menjamin Peserta untuk mendapatkan Manfaat sesuai dengan haknya.
- b. Direksi **bertugas** untuk:
  - 1) melaksanakan pengelolaan BPJS yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi;
  - 2) mewakili BPJS di dalam dan di luar pengadilan; dan
  - 3) menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.
- c. Direksi berwenang untuk
  - 1) melaksanakan wewenang BPJS;
  - 2) menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian;
  - 3) menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS;
  - 4) mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi;

- 5) menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas;
- 6) melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS paling banyak Rp100.000.000.000 (seratus miliar rupiah) dengan persetujuan dewan pengawas.
- 7) melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp100.000.000.000 (seratus miliar rupiah) sampai dengan Rp500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Presiden; dan
- 8) melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS lebih dari Rp500.000.000.000 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.

Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan fungsi, tugas, dan wewenang Direksi diatur dengan Peraturan Direksi. Persyaratan untuk menjadi Dewan Pengawas dan Dewan Direksi diatur dalam UU Nomor 24 tahun 2011.

### **3. Monitoring dan Evaluasi**

*Monitoring* dan evaluasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari sistem kendali mutu dan biaya. Kegiatan ini merupakan tanggung jawab Menteri Kesehatan yang dalam pelaksanaannya berkoordinasi dengan Dewan Jaminan Kesehatan Nasional.

### **4. Pengawasan**

Pengawasan terhadap BPJS dilakukan secara eksternal dan internal. **Pengawasan internal** oleh organisasi BPJS meliputi Dewan pengawas dan Satuan pengawas internal.

Sedangkan Pengawasan eksternal dilakukan oleh DJSN dan Lembaga pengawas independen.

#### **D. Tinjauan Lainnya**

##### 1. Usia

Usia atau umur merupakan satuan waktu yang digunakan untuk mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk baik hidup maupun mati. Kelompok usia yang rentan terserang penyakit ialah balita dan lansia, yang dimana pada balita memiliki sistem imun yang belum sempurna dan pada lansia terjadi penurunan sistem imunitas tubuh (Nugraheni, Wiyatini, & Wiradona, 2018). Usia dan jenis kelamin secara signifikan terkait dengan penerimaan kembali rumah sakit. Secara khusus, mereka yang berusia 66-75 atau 76+ memiliki risiko penerimaan kembali tertinggi (Li, Karmarkar, Adhikari, Ottenbacher, & Kuo, 2018). Selain itu kemungkinan penerimaan kembali meningkat untuk anak-anak yang beralih ke dewasa, anak-anak dan orang dewasa yang lebih muda dengan gangguan kesehatan mental, dan pasien dari segala usia dengan berbagai kondisi kronis (Berry et al., 2018). Menurut Amin & Juniati (2017) Salah satu pembagian kelompok umur atau kategori umur dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI (2009) dalam situs resminya yaitu [depkes.go.id](http://depkes.go.id) sebagai berikut:

1. Masa balita = 0 – 5 tahun,
2. Masa kanak-kanak = 6 – 11 tahun.
3. Masa remaja Awal = 12 – 16 tahun.



4. Masa remaja Akhir = 17 – 25 tahun.
5. Masa dewasa Awal = 26 – 35 tahun.
6. Masa dewasa Akhir = 36 – 45 tahun.
7. Masa Lansia Awal = 46 – 55 tahun.
8. Masa Lansia Akhir = 56 – 65 tahun.
9. Masa Manula = 65 – atas

## 2. Jenis Kelamin

Menurut Hingu dalam (Handayani, 2017) jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya.

Menurut WHO Jenis Kelamin memiliki implikasi bagi kesehatan sepanjang kehidupan seseorang dalam hal norma, peran, dan hubungan. Ini memengaruhi perilaku seseorang yang mengambil risiko dan mencari kesehatan, paparan risiko kesehatan, dan kerentanan terhadap penyakit. Jenis Kelamin membentuk pengalaman setiap orang tentang perawatan kesehatan, dalam hal keterjangkauan, akses dan penggunaan layanan dan produk, dan interaksi dengan penyedia layanan kesehatan. Beberapa hasil penelitian tentang hubungan antara jenis kelamin dengan readmisi mengatakan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko tergantung penyakit yang diderita. Dalam kasus kanker kolorektal,

wanita lebih kecil kemungkinannya untuk diterima kembali dari rumah sakit daripada pria, bahkan setelah mengendalikan karakteristik tumor, mortalitas, dan komorbiditas (González et al., 2005). Sedangkan penelitian lainnya menemukan bahwa jenis kelamin laki-laki merupakan faktor risiko utama untuk penerimaan kembali pada pasien yang berusia lebih dari 65 tahun dengan diagnosis paru primer (Buja et al., 2020).

### 3. *Length of Stay*

*Length of Stay* (LOS) atau lama rawat merupakan jumlah hari pasien dirawat di rumah sakit, mulai hari masuk sampai dengan hari keluar atau pulang dan LOS di gunakan rumah sakit sebagai indikator pelayanan (Hosizah & Maryati, 2018).

Rumus : $LOS = \text{Tanggal Keluar} - \text{Tanggal Masuk}$
--

**Tabel 2.1 Rumus LOS**

Keterangan :

Perhitungan tanggal masuk atau tambahkan hari berikutnya jika terjadi pada bulan yang berbeda.

#### 1) *Total Length of Stay*

Total *Length of Stay* (TLOS) atau total lama rawat merupakan jumlah keseluruhan lama rawat dari sekelompok lama rawat pasien pulang pada waktu tertentu. TLOS dapat digunakan untuk menghitung rata-rata lama hari perawatan.

#### 2) *Average Length of Stay*

*Average length of stay* (AvLOS) merupakan salah satu indikator yang sering digunakan sebagai bahan evaluasi dan perencanaan

sumber daya rumah sakit yang dapat di tentukan dalam perhitungan bulanan ataupun tahunan serta dapat dinyatakan dengan perawatan setiap kelas (Safitri & Kun, 2012). AvLOS atau rata-rata lama rawat merupakan rata-rata lama rawat dari pasien keluar (H+M) pada periode tertentu (Hosizah & Maryati, 2018). Adapun rumus AvLOS sebagai berikut :

$$\text{AvLOS} = \frac{\text{Total Lama Rawat (Total LOS)}}{\text{Total Pasien Keluar (H+M)}}$$

Beberapa penelitian tentang *Hospital readmission* menunjukkan bahwa LOS yang lebih pendek dikaitkan dengan risiko penerimaan kembali yang lebih tinggi (Carey & Lin, 2014). Lama tinggal telah dilaporkan sebagai faktor risiko untuk penerimaan kembali baik pada populasi lansia dan non-lanjut usia, sebuah penelitian menunjukkan bahwa LOS yang lebih lama dikaitkan dengan peningkatan peluang penerimaan kembali 30 hari, yang dapat dikaitkan dengan tingkat keparahan penyakit pada indeks rawat inap (Chopra et al., 2016).

#### 4. *Discharge Planning*

##### a. Pengertian

*Discharge planning* adalah salah satu pelayanan kesehatan yang penting dalam menjamin mutu pelayanan rumah sakit. Perencanaan pulang (*discharge planning*) merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan

pengawasan pelayanan kesehatan, pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang (Carpenito, (1999) dikutip dari Nursalam, (2017a). Namun menurut Swenberg dalam Kristina dikutip dalam (Nursalam, 2017a) perencanaan pulang yang didapatkan dari proses interaksi ketika keperawatan professional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh pasien saat perencanaan harus berpusat pada masalah pasien yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta keperawatan rutin yang sebenarnya. Dengan demikian perencanaan pulang yang baik akan memberi informasi yang kontinuitas pada perawatan pasien setelah pulang dari rumah sakit.

b. Tujuan

Menurut Jipp dan Siras (1996) yang dikutip Kristina (2007) dalam Nursalam, (2017a) perencanaan pulang bertujuan :

- 1) Menyiapkan klien dan keluarga secara fisik, psikologi dan sosial.
- 2) Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga.
- 3) Meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada pasien.
- 4) Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain.
- 5) Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien.
- 6) Melaksanakan rentang perawatan antar rumah sakit dan masyarakat.

c. Manfaat

*Discharge planning* membantu proses transisi klien dari satu lingkungan ke lingkungan yang lain (Potter & Perry, (2005) di kutip dalam Nursalam, (2014) . Hasil yang diperoleh harus menunjukkan keberhasilan perencanaan pulang klien:

- 1) Klien dan keluarga memahami diagnosis, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk kepulangan, antisipasi perawatan tingkat lanjut, dan respon yang diambil pada kondisi kedaruratan.
- 2) Pendidikan khusus diberikan kepada klien dan keluarga untuk memastikan perawatan yang tepat setelah klien pulang.
- 3) Sistem pendukung di masyarakat dikoordinasikan agar memungkinkan klien untuk kembali ke rumahnya dan untuk membantu klien dan keluarga membuat koping terhadap perubahan dalam status kesehatan klien.

d. Prinsip-Prinsip

Menurut Nursalam, (2014) ada lima prinsip-prinsip *discharge planning*:

- 1) Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang sehingga nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan evaluasi.
- 2) Kebutuhan dari pasien diidentifikasi lalu dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti,

sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi.

- 3) Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif karena merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.
- 4) Tindakan dan rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga/sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat.
- 5) Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan.

e. Jenis-Jenis

Chesca (1982) mengklasifikasikan jenis pemulangan pasien sebagai berikut (Nursalam, 2014):

- 1) Pulang sementara atau cuti (*Conditioning Discharge*), keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi pasien dan tidak terdapat komplikasi. Pasien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.
- 2) Pulang mutlak atau selamanya (*Absolute Discharge*), cara ini merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit. Namun apabila pasien perlu dirawat kembali maka prosedur keperawatan dapat dilakukan kembali.
- 3) Pulang Paksa (*Judical Discharge*), kondisi ini pasien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak

memungkinkan untuk pulang, tetapi pasien harus dipantau dengan melakukan kerja sama dengan keperawatan puskesmas terdekat.

f. Hal-hal yang harus diketahui pasien sebelum dipulangkan

Ada enam hal yang harus dilakukan sebelum pasien pulang menurut (Nursalam, 2014):

- 1) Instruksi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan, serta masalah-masalah atau komplikasi yang terjadi.
- 2) Informasi tertulis tentang keperawatan yang harus dilakukan di rumah.
- 3) Pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus dijalankan
- 4) Jelaskan masalah yang mungkin timbul dan cara mengantisipasi.
- 5) Pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga maupun pasien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi, dan lain-lain.
- 6) Informasi tentang nomor telepon layanan keperawatan, medis, dan kunjungan rumah apabila pasien memerlukan.

g. Komponen *Discharge planning*

Menurut Jipp dan Sirass (1986) dikutip Kristina (2007) dalam (Nursalam, 2014), komponen *Discharge planning* terdiri atas:

- 1) Perawatan di rumah meliputi pemberian pengajaran atau pendidikan kesehatan (*health education*) mengenai diet, mobilisasi, waktu kontrol dan tempat kontrol pemberian

pembelajaran disesuaikan dengan tingkat pemahaman dan keluarga mengenai perawatan selama pasien di rumah nanti.

- 2) Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya, meliputi dosis, cara pemberian, dan waktu tepat minum obat.
  - 3) Obat-obatan yang dihentikan, karena meskipun ada obat-obat tersebut sudah tidak diminum lagi oleh pasien, obat-obat tersebut tetap dibawa pulang pasien.
  - 4) Hasil pemeriksaan, termasuk hasil pemeriksaan luar sebelum MRS dan hasil pemeriksaan selama MRS, semua diberikan ke pasien saat pulang.
  - 5) Surat-surat seperti surat keterangan sakit, surat kontrol.
- h. Faktor-faktor yang perlu dikaji dalam *Discharge planning*

Menurut Nursalam, (2014) faktor-faktor yang perlu dikaji dalam *Discharge planning* adalah :

- 1) Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, terapi dan perawatan yang diperlukan.
- 2) Kebutuhan psikologis dan hubungan interpersonal didalam keluarga.
- 3) Keinginan keluarga dan pasien menerima bantuan dan kemampuan memberi asuhan keperawatan.
- 4) Bantuan yang diperlukan pasien.
- 5) Pemenuhan kebutuhan aktifitas hidup sehari-hari seperti makan, minum, eliminasi, istirahat dan tidur, berpakaian dan kebersihan



diri, keamanan dari bahaya, komunikasi, keagamaan, rekreasi dan sekolah.

- 6) Sumber dan sistem pendukung yang ada di masyarakat.
- 7) Sumber finansial dan pekerjaan.
- 8) Kebutuhan keperawatan dan supervisi di rumah.

## 5. Pembiayaan

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim (Suhartoyo, 2018). Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pada tahun 2014 PT Askes (Persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan diwajibkan menerapkan sistem pembayaran *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs). Dalam pembayaran menggunakan *INA-CBGs*, baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode *DRG* (*Diagnostic Related Group*). Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara provider/asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya (Wa Ode, Karimuna, & Munandar, 2016). Akibatnya rumah sakit tidak lagi mempunyai wewenang untuk menentukan tarif. Hal

demikian akan merugikan rumah sakit yang mempunyai biaya pelayanan yang tinggi daripada tarif INA-CBGs. Dari latar tersebut kemungkinan terjadinya kecurangan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit. Adapun kecurangan tersebut menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 36 tahun 2015 salah satunya adalah *Hospital readmission* (Kemenkes, 2015).

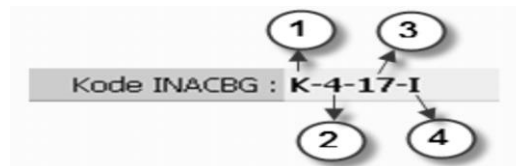
**a. Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs)**

Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (*UNU Grouper*) yang dikembangkan oleh *United Nations University* (UNU).

**a. Struktur Kode INA-CBGs**

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-

CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut :



Keterangan :

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus
3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*

b. Tarif INA-CBGs Dalam Jaminan Kesehatan Nasional

Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut :

1. Pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu :
  - a. Tarif Rumah Sakit Kelas A
  - b. Tarif Rumah Sakit Kelas B
  - c. Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan
  - d. Tarif Rumah Sakit Kelas C
  - e. Tarif Rumah Sakit Kelas D
  - f. Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional

- g. Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional
2. Regionalisasi, tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
  3. Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem INA-CBGs versi 4.0 untuk kasus – kasus tertentu yang masuk dalam special *casemix main group* (CMG) ,meliputi :
    - a. *Special Prosedure*
    - b. *Special Drugs*
    - c. *Special Investigation*
    - d. *Special Prosthesis*
    - e. *Special Groups Subacute* dan Kronis

*Top up* pada special CMG tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif INA-CBGs yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS. Penjelasan lebih rinci tentang *Top Up* dapat dilihat pada poin D.
  4. Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

5. Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis.

Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif INA-CBGs yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing.

Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data *costing* dan data koding rumah sakit. Data *costing* didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data *costing* 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus). (Permenkes, 2014)