

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 MANAJEMEN RUMAH SAKIT

4.1.1 Pengertian Manajemen Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah fasilitas kesehatan yang penting bagi masyarakat. Karena Rumah Sakit adalah tulang punggung fasilitas kesehatan di Indonesia. Karena Rumah Sakit bisa dimiliki oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah atau swasta. Tenaga di Rumah Sakit pun beragam, ada tenaga dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, tenaga perekam medis, tenaga manajemen kesehatan maupun tenaga non kesehatan. Rumah Sakit juga adalah sistem multifaset, di mana ada ratusan operasi terjadi pada satu waktu. Karena itu dalam peran sebagai manajemen rumah sakit akan ada banyak tanggung jawab yang harus ditangani. Tidak lain agar semua proses yang ada di rumah sakit dapat berjalan dengan baik.

Manajemen Rumah Sakit adalah koordinasi antara berbagai sumber daya melalui proses perencanaan, pengorganisasian, dan adanya kemampuan pengendalian untuk mencapai tujuan. Dalam keadaan apapun, dokter rumah sakit dan staf harus selalu siap. Mulai dari mengobati penyakit yang mengancam kehidupan atau flu biasa hingga membantu dalam situasi darurat dan bencana. Karena itu rumah sakit dilengkapi dengan berbagai departemen pendukung. Itu sebabnya posisi Manajemen Rumah Sakit sangat penting, tidak hanya untuk pasien, tetapi juga bagi para profesional medis dan sistem kesehatan secara keseluruhan.

4.1.2 Fungsi Manajemen Rumah Sakit

Kegunaan tugas manajemen adalah dalam hal pemenuhan kualitas pelayanan kesehatan. tanpa tugas manajemen yang baik akan sulit dicapai pelayanan kepada pasien dengan baik sebagai perwujudan dari fungsi manajemen

Fungsi manajemen yang dilakukan di rumah sakit secara garis besar meliputi ; perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian.

1. Perencanaan merupakan salah satu fungsi manajemen yang penting, karena perencanaan memegang peranan yang sangat strategis dalam keberhasilan upaya pelayanan kesehatan di RS. Terdapat beberapa jenis perencanaan spesifik yang dilaksanakan di RS, yaitu :

- (a) perencanaan pengadaan obat dan logistik, yang disusun berdasarkan pola konsumsi dan pola epidemiologi,
- (b) perencanaan tenaga professional kesehatan, dalam menentukan kebutuhan tenaga tersebut misalnya ; tenaga perawat dan bidan, menggunakan beberapa pendekatan, antara lain ; ketergantungan pasien, beban kerja, dll.

2. Pengorganisasian merupakan upaya untuk menghimpun semua sumber daya yang dimiliki RS dan memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuannya. Pengorganisasian dalam manajemen pelayanan kesehatan di rumah sakit, sama hal dengan di organisasi lainnya.

3. Penggerakan pelaksanaan, manajemen rumah sakit hampir sama dengan hotel atau penginapan, hanya pengunjungnya adalah orang sakit (pasen) dan keluarganya, serta pada umumnya mempunyai beban sosial-psikologis akibat penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya yang sedang dirawat. Kompleksitas fungsi penggerakan pelaksanaan di RS sangat dipengaruhi oleh dua aspek, yaitu :

1. Sifat pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada konsumen penerima jasa pelayanan kesehatan (customer service), dengan hasil pelayanan kemungkinan ; sembuh dengan sempurna, sembuh dengan cacat dan meninggal. Apapun hasilnya kualitas pelayanan diarahkan untuk kepuasan pasen dan keluarganya.

2. Pelaksanaan fungsi actuating ini sangat kompleks, karena tenaga yang bekerja di RS terdiri dari berbagai jenis profesi.

3. Pengawasan dan pengendalian, merupakan proses untuk mengamati secara terus menerus (berkesinambungan) pelaksanaan rencana kerja yang sudah disusun dan mengadakan koreksi (perbaikan) terhadap penyimpangan yang terjadi. Untuk menjalankan fungsi ini diperlukan adanya standar kinerja yang jelas. Dari standar tersebut dapat ditentukan indikator kinerja yang akan dijadikan dasar untuk menilai hasil kerja (kinerja) pegawai. Penilaian kinerja pegawai di RS meliputi tenaga yang memberikan pelayanan langsung kepada pasen, seperti ; perawat, bidan dan dokter maupun tenaga administratif. Adanya indikator kinerja, akan memudahkan dalam melakukan koreksi apabila ada penyimpangan.

4.2 Prosedur

4.2.1 Pengertian Prosedur

Yang dimaksud Prosedur adalah rangkaian aksi yang detail atau disebut juga suatu tindakan yang harus dijalankan dengan cara yang sama (sesuai yang tertera pada teks prosedur) supaya mendapatkan hasil yang sama. Prosedur dapat dikatakan juga sebagai rangkaian aktivitas atau langkah-langkah yang harus dijalankan supaya dapat menghasilkan hasil yang diinginkan. Contoh teks prosedur misalnya prosedur keselamatan kerja, Prosedur dalam menggunakan suatu benda, dll.

4.2.2 Fungsi Prosedur

Fungsi teks prosedur adalah untuk membantu seseorang dalam memahami bagaimana cara melakukan sesuatu secara tepat, sehingga tujuan dapat tercapai secara efisien dan efektif. Atau bisa juga untuk seseorang supaya dapat memahami cara atau langkah-langkah dalam membuat sesuatu secara tepat dan juga benar. Fungsi ini dapat dikatakan juga sebagai tujuan teks prosedur.

4.3 Pembiayaan

4.3.1 Pengertian Pembiayaan

Pembiayaan secara luas berarti financing atau pembelanjaan, yaitu pendanaan yang dikeluarkan untuk mendukung investasi yang telah direncanakan baik dilakukan sendiri maupun dijalankan oleh orang lain.

Menurut Undang-Undang perbankan No 10 tahun 1998 adalah penyediaan uang atau tagihan yang dapat dipersamakan dengan itu, berdasarkan persetujuan atau kesepakatan antara bank dengan pihak lain yang mewajibkan pihak yang dibiayai tertentu mengembalikan uang atau tagihan tersebut setelah jangka waktu tertentu dengan imbalan atau bagi hasil.

4.3.2 Jenis-Jenis Pembiayaan

Secara umum jenis-jenis pembiayaan dapat dilihat dari berbagai segi, diantaranya (Kasmir, 2002:99-101):

a. Jenis Pembiayaan Dilihat dari Segi Kegunaan

1. Pembiayaan Investasi adalah pembiayaan yang biasanya digunakan untuk perluasan usaha atau membangun proyek/pabrik atau untuk keperluan rehabilitasi.
2. Pembiayaan Modal Kerja adalah pembiayaan yang biasanya digunakan untuk keperluan meningkatkan produksi dalam operasionalnya.

b. Jenis Pembiayaan Dilihat dari Tujuan

1. Pembiayaan Konsumtif, bertujuan untuk memperoleh barang-barang atau kebutuhan-kebutuhan lainnya guna memenuhi keputusan dalam konsumsi.
2. Pembiayaan Produktif, bertujuan untuk memungkinkan penerima pembiayaan dapat mencapai tujuannya yang apabila tanpa pembiayaan tersebut tidak mungkin dapat diwujudkan.

3. Pembiayaan Perdagangan, Pembiayaan ini digunakan untuk perdagangan, biasanya digunakan untuk membeli barang dagangan yang pembayarannya diharapkan dari hasil penjualan barang dagangan tersebut.

c. Jenis Pembiayaan Dilihat dari Jangka Waktu

1. Short Term (Pembiayaan Jangka Pendek), yaitu suatu bentuk pembiayaan yang berjangka waktu maksimum 1 (satu) tahun.
2. Intermediate Term (Pembiayaan Jangka Waktu Menengah) adalah suatu bentuk pembiayaan yang berjangka waktu lebih dari satu tahun sampai tiga tahun.
3. Long Term (Pembiayaan Jangka Panjang), yaitu suatu bentuk pembiayaan yang berjangka waktu lebih dari tiga tahun.
4. Demand Loan atau Call Loan adalah suatu bentuk pembiayaan yang setiap waktu dapat diminta kembali.

d. Jenis Pembiayaan Dilihat dari Segi Jaminan

1. Pembiayaan Dengan Jaminan, yaitu pembiayaan yang diberikan dengan suatu jaminan, jaminan tersebut dapat berbentuk barang berwujud atau tidak berwujud atau jaminan orang.
2. Pembiayaan Tanpa Jaminan, yaitu pembiayaan yang diberikan tanpa jaminan barang atau orang tertentu. Pembiayaan ini diberikan dengan melihat prospek usaha dan karakter serta loyalitas atau nama baik calon peminjam selama ini.

4.3.3 Biaya-Biaya Rumah sakit

Menurut Mulyadi (2001;8), Biaya adalah pengorbanan sumber ekonomis yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi, sedang terjadi atau yang kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu. Biaya rumah sakit adalah suatu kegiatan menghitung biaya rumah sakit untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan baik secara total maupun per unit atau perpasien dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit pusat biaya serta mendistribusikannya ke unit-unit produksi yang kemudian dibayar oleh pasien (Depkes, 1977). Menurut Gani (1996), analisis biaya dilakukan dalam perencanaan kesehatan untuk menjawab pertanyaan berapa rupiah satuan program atau proyek atau unit pelayanan kesehatan agar dapat dihitung total anggaran yang diperlukan untuk program atau pelayanan kesehatan. Dalam perhitungan tarif dirumah sakit seluruh biaya dirumah sakit dihitung mulai dari :

1. Fixed Cost

Biaya tetap (fixed cost), biaya yang jumlahnya tetap konstan tidak dipengaruhi perubahan volume kegiatan atau aktivitas sampai tingkat kegiatan tertentu,

Fixed cost atau biaya tetap ini terdiri dari :

1. Biaya Investasi gedung rumah sakit
2. Biaya peralatan Medis
3. Biaya peralatan Medis
4. Biaya Kendaraan (Ambulance, Mobil Dinas, Motor, dll)

2. Semi Variabel cost

Biaya yang jumlah totalnya berubah tidak sebanding dengan perubahan volume kegiatan. Biaya semi variabel mengandung unsur biaya tetap dan biaya variable, contohnya :

1. Gaji Pegawai
2. Biaya Pemeliharaan
3. Insentif
4. SPPD
5. Biaya Pakaian Dinas, dll

3. Variabel Cost

Biaya yang jumlah totalnya berubah secara sebanding dengan perubahan volume kegiatan atau aktivitas, contoh; biaya bahan baku, biaya tenaga kerja langsung.

1. Biaya BHP Medis / Obat– Biaya BHP Non Medis
2. Biaya Air
3. Biaya Listrik
4. Biaya Makan Minum Pegawai dan pasien
5. Biaya Telepon, dll

4.4 BPJS

4.4.1 Sejarah BPJS

Jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah ada sejak zaman kolonial Belanda. Dan setelah kemerdekaan, pada tahun 1949, setelah pengakuan kedaulatan oleh Pemerintah Belanda, upaya untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya

pegawai negeri sipil beserta keluarga, tetap dilanjutkan. Prof. G.A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan yang menjabat pada saat itu, mengajukan sebuah gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta (universal health insurance) yang saat itu mulai diterapkan di banyak negara maju dan tengah berkembang pesat.

Pada saat itu kepesertaannya baru mencakup pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya saja. Namun Siwabessy yakin suatu hari nanti, klimaks dari pembangunan derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan tercapai melalui suatu sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh warga bangsa ini.

Pada 1968, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pension beserta keluarganya.

Selang beberapa waktu kemudian, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. BPDPK pun berubah status dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi BUMN, yaitu PERUM HUSADA BHAKTI (PHB), yang melayani jaminan kesehatan bagi PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya.

Pada tahun 1992, PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992. PT Askes (Persero) mulai menjangkau karyawan BUMN melalui program Askes Komersial.

Pada Januari 2005, PT Askes (Persero) dipercaya pemerintah untuk melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) yang selanjutnya dikenal menjadi program Askeskin dengan sasaran peserta masyarakat miskin dan tidak mampu sebanyak 60 juta jiwa yang iuranya yang di bayarkan oleh pemerintah pusat

PT Askes (Persero) juga menciptakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU), yang ditujukan bagi masyarakat yang belum tercover oleh Jamkesmas, Askes Sosial, maupun asuransi swasta. Hingga saat itu, ada lebih dari 200 kabupaten/kota atau 6,4 juta jiwa yang telah menjadi peserta PJKMU. PJKMU adalah Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang pengelolaannya diserahkan kepada PT Askes (Persero). Langkah menuju cakupan kesehatan semesta pun semakin nyata dengan resmi beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014, sebagai transformasi dari PT Askes (Persero). Hal ini berawal pada tahun 2004 saat pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes(Persero) pun berubah menjadi BPJS Kesehatan.

Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, negara hadir di

tengah kita untuk memastikan seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata.

4.4.2 Kebersertaan BPJS

Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :

1. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (**PBI**) : fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan.
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (**Non PBI**), terdiri dari:
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya
 - 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 sd f yang menerima Upah

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya
 - a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan

b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya

a) Investor;

b) Pemberi Kerja;

c) Penerima Pensiun, terdiri dari :

1. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
2. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
3. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
4. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun;
5. Penerima pensiun lain; dan Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.

d) Veteran;

e) Perintis Kemerdekaan;

f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan

g) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sd e yang mampu membayar iuran.

4.4.3 Anggota Keluarga Yang Di Tanggung

1. Pekerja Penerima Upah :

- I. Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat), sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
- II. Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria:
 - a. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri;
 - b. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja : Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).
3. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.
4. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi kerabat lain seperti Saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll.

4.4.4 Manfaat BPJS

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
 1. Administrasi pelayanan
 2. Pelayanan promotif dan preventif
 3. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
 4. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif

5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 6. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
 7. Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
 8. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
1. Rawat jalan, meliputi:
 - a) Administrasi pelayanan
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis
 - c) Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
 - d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - e) Pelayanan alat kesehatan implant
 - f) Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - g) Rehabilitasi medis
 - h) Pelayanan darah
 - i) Peayanan kedokteran forensik
 - j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan
 2. Rawat Inap yang meliputi:
 - a) Perawatan inap non intensif
 - b) Perawatan inap di ruang intensif
 - c) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri

4.4.5 Iuran BPJS

1. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan iuran dibayar oleh Pemerintah.
2. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada Lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta.
3. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta.
4. Iuran untuk keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar sebesar 1% (satu persen) dari dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.
5. Iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll); peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran peserta bukan pekerja adalah sebesar:
 - a) Sebesar Rp. 25.500,- (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.

- b) Sebesar Rp. 51.000,- (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c) Sebesar Rp. 80.000,- (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
6. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.
7. Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan

Tidak ada denda keterlambatan pembayaran iuran terhitung mulai tanggal 1 Juli 2016 denda dikenakan apabila dalam waktu 45 (empat puluh lima) hari sejak status kepesertaan diaktifkan kembali, peserta yang bersangkutan memperoleh pelayanan kesehatan rawat inap, maka dikenakan denda sebesar 2,5% dari biaya pelayanan kesehatan untuk setiap bulan tertunggak, dengan ketentuan :

1. Jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 (dua belas) bulan.
2. Besar denda paling tinggi Rp.30.000.000,- (tiga puluh juta rupiah).

4.4.6 Prosedur Pendaftaran Peserta BPJS Kesehatan

A. Pendaftaran Bagi Penerima Bantuan Iuran / PBI

Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak mampu yang menjadi peserta PBI dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan

di bidang statistik (Badan Pusat Statistik) yang diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial.

Selain peserta PBI yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, juga terdapat penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan SK Gubernur/Bupati/Walikota bagi Pemda yang mengintegrasikan program Jamkesda ke program JKN.

B. Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah / PPU

1. Perusahaan / Badan usaha mendaftarkan seluruh karyawan beserta anggota keluarganya ke Kantor BPJS Kesehatan dengan melampirkan :
 - a. Formulir Registrasi Badan Usaha / Badan Hukum Lainnya
 - b. Data Migrasi karyawan dan anggota keluarganya sesuai format yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan.
2. Perusahaan / Badan Usaha menerima nomor Virtual Account (VA) untuk dilakukan pembayaran keBank yang telah bekerjasama (BRI/Mandiri/BNI)
3. Bukti Pembayaran iuran diserahkan ke Kantor BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN atau mencetak e-ID secara mandiri oleh Perusahaan / Badan Usaha.

C. Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah / PBPU dan Bukan Pekerja

1) Pendaftaran PBPU dan Bukan Pekerja

1. Calon peserta mendaftar secara perorangan di Kantor BPJS Kesehatan
2. Mendaftarkan seluruh anggota keluarga yang ada di Kartu Keluarga
3. Mengisi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dengan melampirkan :

- Fotokopi Kartu Keluarga (KK)
 - Fotokopi KTP/Paspor, masing-masing 1 lembar
 - Fotokopi Buku Tabungan salah satu peserta yang ada didalam Kartu Keluarga
 - Pasfoto 3 x 4, masing-masing sebanyak 1 lembar.
4. Setelah mendaftar, calon peserta memperoleh Nomor Virtual Account (VA)
 5. Melakukan pembayaran iuran ke Bank yang bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI)
 6. Bukti pembayaran iuran diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN. Pendaftaran selain di Kantor BPJS Kesehatan, dapat melalui Website BPJS Kesehatan
- 2) Pendaftaran Bukan Pekerja Melalui Entitas Berbadan Hukum (Pensiunan BUMN/BUMD)

Proses pendaftaran pensiunan yang dana pensiunnya dikelola oleh entitas berbadan hukum dapat didaftarkan secara kolektif melalui entitas berbadan hukum yaitu dengan mengisi formulir registrasi dan formulir migrasi data peserta.

4.5 Rumah Sakit Al Islam Bandung

4.5.1 Hubungan Rumah Sakit Al Islam dengan Jaminan BPJS Kesehatan

Prinsip dasar pembangunan kesehatan hakekatnya adalah nilai pokok sebagai landasan utama untuk berfikir dan bertindak dalam pembangunan

kesehatan. Salah satu prinsip dasar pembangunan kesehatan yaitu setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, golongan, agama, dan status sosial ekonominya. Ditegaskan dalam Pasal 28 ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 “Jaminan sosial merupakan hak setiap warga negara” dan “Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan kurang mampu”. Pemerintah berupaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dengan menyelenggarakan program jaminan sosial terutama untuk tujuan terjaminnya hak kesehatan orang miskin atau kurang mampu.

Pada tahun 2004, dikeluarkan Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-undang tersebut mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memerdekakan rakyat dari beban finansial ketika sakit, tetapi seluruh rakyat yang cukup mampu wajib membayar ketika sehat.

Sesuai dengan Pasal 23A UUD 1945 “Pungutan lain yang bersifat memaksa diatur dengan UU”, maka Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mewajibkan semua yang berpenghasilan membayar iuran untuk kepentingan bersama di masa depan, terlepas miskin atau tidak miskin.

Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan

dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014.

Ada beberapa rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, salah satunya Rumah Sakit Al Islam yang jumlah pasiennya cukup banyak yaitu :

Jumlah kunjungan pasien per 3 bulan Januari s/d Maret 2019

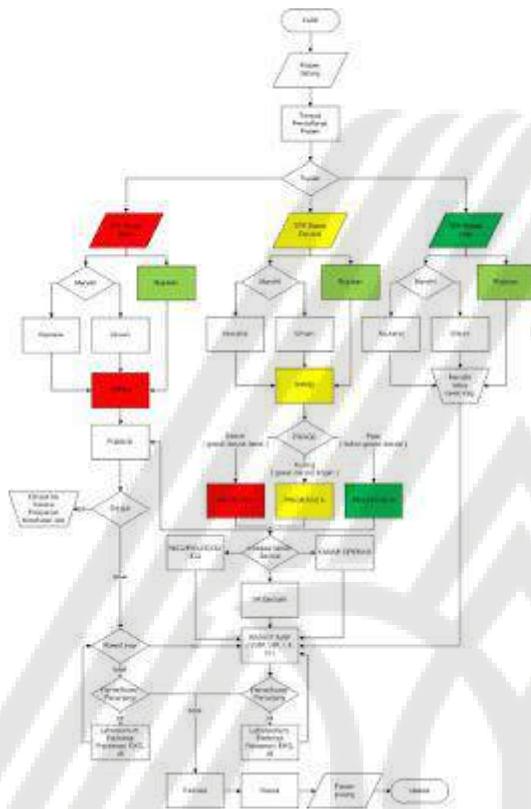
Tabel 4.1

Bulan	Umum	Kontraktor	BPJS
Januari	3.149 pasien	2.623 pasien	14.156 pasien
Februari	3.181 pasien	2.395 pasien	12.663 pasien
Maret	1.592 pasien	2.863 pasien	13.557 pasien
Total Pasien	7.922 pasien	7.881 pasien	40.376 pasien

4.6 Prosedur Pendaftaran Pasien Rawat Jalan & Rawat Inap dengan

Jaminan BJPS

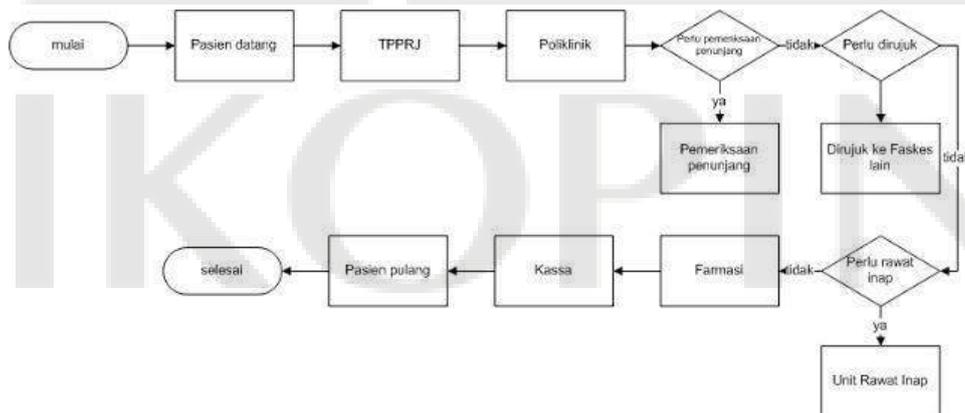
Pasien yang datang ke Rumah Sakit pun memiliki beragam jenis penyakit mulai dari penyakit menular sampai penyakit degeneratif. Oleh karena itu, disini saya berusaha untuk menyusun alur dan prosedur pendaftaran pasien baik pasien rawat jalan, rawat darurat dan rawat inap.



Gambar 4.1 Bagan Alur Pelayanan Pasien di Rumah Sakit

4.6.1 Prosedur Menggunakan BPJS Kesehatan Untuk Rawat Jalan

Unit Rawat Jalan adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di rawat jalan.



Gambar 4.2 Format Alur Pelayanan Pasien Rawat Jalan

Prosedur pertama yaitu menggunakan BPJS untuk rawat jalan. Calon Pasien perlu menyiapkan kartu BPJS Kesehatan dan Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang masih berlaku dengan identitas sama seperti di *database* BPJS Kesehatan.

Setelah membawa dua kartu tersebut, datangilah Faskes Tingkat I sesuai keterangan di kartu terkait manakah tempat yang menjadi Faskes Tingkat I pasien.

Jika sudah sampai di Faskes I, lakukan registrasi di loket sehingga data tersebut masuk catatan. Selanjutnya, proses pemeriksaan kesehatan dapat dilaksanakan sesuai prosedur oleh dokter Faskes Tingkat I.

Jika kondisi kesehatan pasien dapat ditangani pada Faskes Tingkat I, maka dokter akan menulis resep dan Anda bisa menebusnya di Apotek Faskes Tingkat I. Namun, apabila kondisi kesehatan pasien tidak memungkinkan, tindak lanjut yang akan dilakukan dokter adalah memberikan rujukan ke rumah sakit agar pasien mendapat pelayanan dari dokter spesialis.

IKOPIN



Gambar 4.3 Alur Rawat Jalan Pasien Peserta BPJS

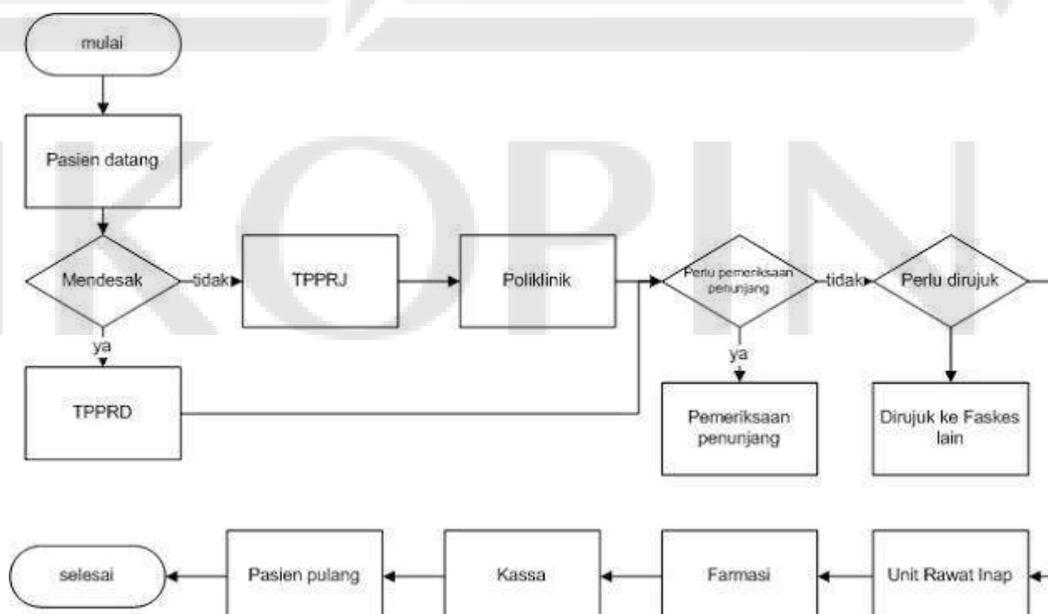
4.6.2 Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

- a. Peserta membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama
- b. Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan memperlihatkan identitas dan surat rujukan
- c. Fasilitas kesehatan bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP
- d. Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP
- e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)
- f. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan

- g. Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke poli lain selain yang tercantum dalam surat rujukan dengan surat rujukan/konsul intern.
- h. Atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Fasilitas kesehatan lanjutan lain dengan surat rujukan/konsul ekstern.
- i. Apabila pasien masih memerlukan pelayanan di Faskes tingkat lanjutan karena kondisi belum stabil sehingga belum dapat untuk dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/Sub Spesialis membuat surat keterangan yang menyatakan bahwa pasien masih dalam perawatan.
- j. Apabila pasien sudah dalam kondisi stabil sehingga dapat dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/Sub Spesialis akan memberikan surat keterangan rujuk balik.
- k. Apabila Dokter Spesialis/Sub Spesialis tidak memberikan surat keterangan yang dimaksud pada huruf i dan j maka untuk kunjungan berikutnya pasien harus membawa surat rujukan yang baru dari Faskes tingkat pertama.

4.6.3 Prosedur Menggunakan BPJS Kesehatan Untuk Rawat Inap

Unit Rawat Inap adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab



atas segala kegiatannya di Unit Rawat Inap.

Gambar 4.4 Alur Pelayanan Pasien Rawat Inap

Rawat inap merupakan salah satu pelayanan yang dapat diakses oleh peserta BPJS Kesehatan. Untuk kondisi pasien yang tidak gawat darurat, maka sebelum rawat inap, prosedur pertama adalah mendatangi Faskes Tingkat I.

Jika sudah mendaftar di Faskes Tingkat I, maka dokter akan merujuk pasien ke RSUD sebagai langkah awal proses inap.

Persyaratan yang harus disiapkan yaitu:

1. Fotokopi Kartu Keluarga (KK)
2. Fotokopi KTP
3. Kartu BPJS Kesehatan asli dan fotokopi
4. Surat rujukan yang dibuat oleh dokter Faskes Tingkat I

Prosedur selanjutnya yaitu menerbitkan Surat Eligibilitas peserta (SEP) di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Penerbitan SEP dilakukan di ruangan tertentu yang khusus dan cara mendapatkannya adalah dengan mengantri.

Jika SEP telah terbit, maka kartu berobat bisa segera diambil. Di beberapa rumah sakit, ada ruangan khusus yang disediakan untuk mengambil kartu berobat secara antri. Selanjutnya, peserta harus menuju Poliklinik Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan dokter Faskes Tingkat 1. Berkas yang harus dilengkapi yaitu:

1. Fotokopi Kartu Keluarga

2. Fotokopi KTP
3. Kartu BPJS Kesehatan asli dan fotokopi
4. Surat rujukan yang dibuat oleh dokter Faskes Tingkat I
5. SEP
6. Kartu berobat.

Apabila peserta sudah menuju ke rumah sakit rujukan, maka dokter akan memeriksanya. Setelah menjalani proses pemeriksaan, dokter akan menjelaskan kapan pasien harus dirawat inap atau tidak perlu menjalaninya. Namun, apabila dokter mengindikasikan bahwa jenis penyakit pasien tidak bisa ditangani rumah sakit rujukan, maka dokter akan membuat surat rujukan lagi. Surat rujukan yang berikutnya dibuat agar pasien bisa berobat di rumah sakit yang memiliki peralatan lebih memadai. Namun perlu digarisbawahi bahwa prosedur tersebut hanya bisa dilakukan oleh peserta BPJS yang tidak menunggak. Karena jika peserta BPJS Kesehatan menunggak, keanggotaannya akan dinonaktifkan sehingga tidak bisa memproses rawat inap sebelum pelunasan atau menjalani rawat inap 45 hari setelah statusnya diaktifkan lagi. Denda akan diberlakukan apabila peserta BPJS Kesehatan menunggak. Untuk biayanya, tagihan tersebut cukup besar yaitu 2,5% dari biaya tertunggak paling banyak 12 bulan atau sampai Rp30.000.000.

Peraturan terkait denda sebesar 2,5% tersebut dulunya adalah 2% dengan status penonaktifan mencapai 3 bulan. Tetapi kebijakan baru menaikkan denda dengan tenggang waktu sampai 1 bulan. Setelah itu status keaktifan

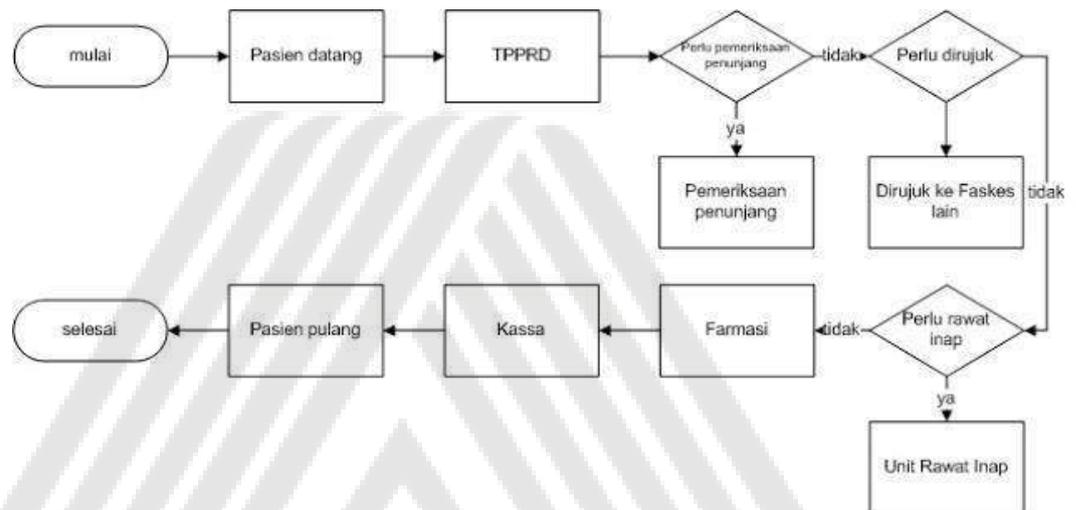
peserta BPJS Kesehatan akan dinonaktifkan sementara. Simulasi nominal denda yang dibebankan yaitu misalnya seseorang menunggak 12 bulan atau 1 tahun dalam lingkup Kelas I. Maka, jumlah denda yang dibebankan mencapai Rp2.880.000. Setelah membayarnya, status baru bisa aktif dan dimanfaatkan untuk rawat inap setelah 45 hari.

Contohnya saja, jika biaya rawat inap yang diberikan senilai Rp40.000.000. Agar bisa terlayani oleh pihak rumah sakit peserta BPJS Kesehatan yang menunggak harus membayar denda terlebih dahulu sebesar 2,5% dari nominal yaitu Rp12.000.000. Oleh karena itu, sebaiknya setiap peserta BPJS Kesehatan tidak menunggak iuran

4.6.4 Prosedur Rawat Inap Pasien Gawat Darurat

Unit Rawat Darurat adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di Unit Gawat Darurat.

IKOPIN



Gambar 4.5 Alur Pelayanan Pasien Gawat Darurat

Jika kondisi seorang pasien sudah gawat darurat, maka hal pertama yang harus dilakukan adalah membawanya ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) di rumah sakit manapun. Hal ini juga bisa diberlakukan pada pasien yang sedang mengalami kondisi gawat darurat di daerah lain. Namun karena pentingnya berkas-berkas untuk proses administrasi, ada beberapa dokumen yang tetap harus dilengkapi. Pihak keluarga pasien harus mempersiapkan kartu BPJS Kesehatan yang asli dan fotokopinya. Selain itu, data diri pasien seperti fotokopi KK dan KTP juga harus dibawa

Setelah datang di IGD dan melengkapi prosedur pendataan, maka pasien akan memperoleh berkas pemeriksaan sesuai dengan kondisinya. Tidak hanya itu, pelayanan kesehatan secara lengkap seperti resep obat dan berkas pemeriksaan penunjang juga akan diberikan. Pada rumah sakit tertentu bagian IGD disediakan ruang khusus bagi peserta BPJS. Ruang ini sangat bermanfaat karena keluarga pasien dapat mendaftar dan melakukan validasi

berkas. Setelah proses tersebut selesai, maka keluarga pasien juga harus menerbitkan SEP dengan syarat:

1. Fotokopi KK
2. Fotokopi KTP
3. Kartu BPJS asli dan fotokopinya
4. Berkas IGD.

Agar keluarga tidak panik, pihak BPJS memberikan kemudahan yaitu pengurusan administrasi di atas bisa dilakukan setelah pasien sudah sembuh sehingga bisa pulang. Setelah berkas selesai diproses maka biaya pengobatan akan menjadi tanggung jawab BPJS.

4.6.5 Jika Kelas Perawatan Dinyatakan Penuh

Apabila kelas rawat inap peserta BPJS Kesehatan dinyatakan penuh, maka solusinya adalah turun kelas perawatan atau naik kelas perawatan. Sebaiknya hindari naik kelas ke Kelas VIP. BPJS memiliki tingkat pertanggungansan peserta hingga Kelas I.

Meskipun bisa dinaikkan ke kelas VIP, namun selisih biaya tambahan untuk kelas ini tidak kecil. Sehingga, nominal pembayaran tambahan kurang terjangkau.

Jadi, Anda bisa memilih untuk turun kelas atau naik kelas sampai batas Kelas I jika ingin menjaga jarak aman yaitu hanya pembayaran berselisih ruang perawatan.

Jika belum ada dana tambahan sebagai penunjang kenaikan kelas, maka sebaiknya Anda menurunkan kelas agar tidak ada biaya tambahan yang harus dibayar pasien atau pihak keluarga.

4.6.6 Rawat Inap Tingkat Lanjutan

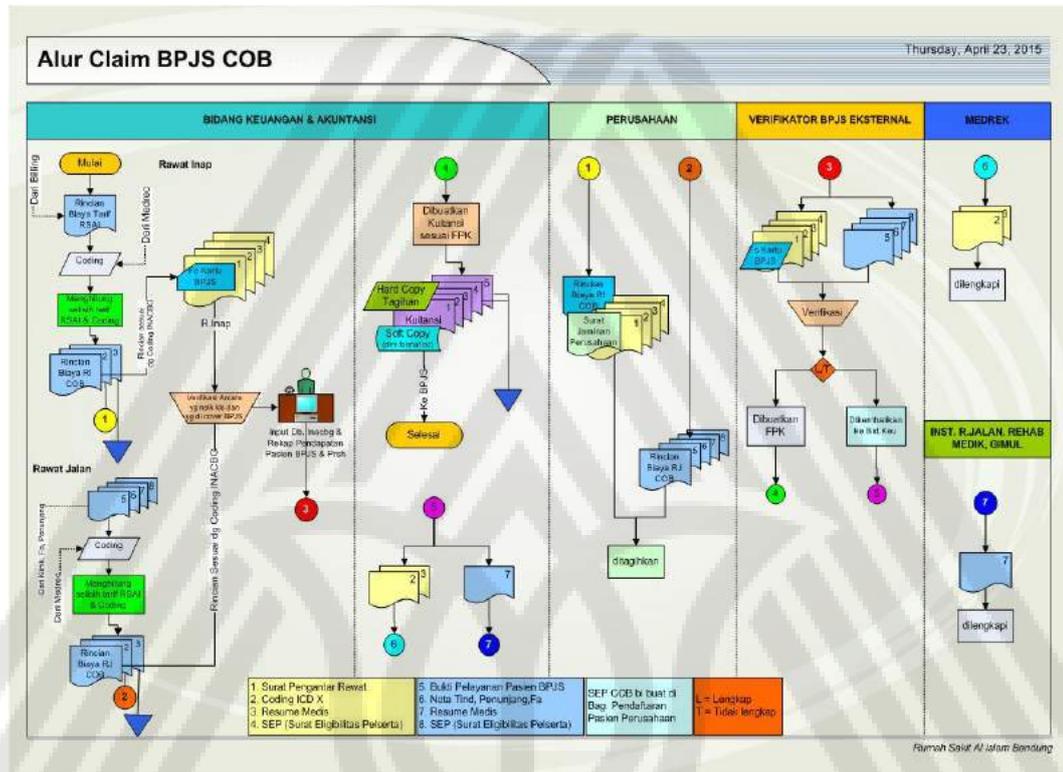
- a. Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat
- b. Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk Rumah Sakit.
- c. Petugas Rumah Sakit melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP
- d. Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP
- e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)
- f. Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang, maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk Rumah Sakit
- g. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan
- h. Dalam hal peserta menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, maka Peserta dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih

antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.

- i. Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi daripada haknya atas keinginan sendiri dikecualikan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi daripada haknya atas keinginan sendiri dikecualikan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan
- j. Jika karena kondisi pada fasilitas kesehatan mengakibatkan peserta tidak memperoleh kamar perawatan sesuai haknya, maka:
 1. Peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi.
 2. BPJS Kesehatan membayar kelas perawatan peserta sesuai haknya.
 3. Apabila kelas perawatan sesuai hak peserta telah tersedia, maka peserta ditempatkan di kelas perawatan yang menjadi hak peserta.
 4. Perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari.
 5. Jika kenaikan kelas yang terjadi lebih dari 3 (tiga) hari, maka selisih biaya yang terjadi menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan atau berdasarkan persetujuan pasien dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang setara

IKOPIN

4.6.7 Alur Claim BPJS



Gambar 4.6 Alur Klaim BPJS

Alur Klaim BPJS

1. Pasien datang berobat ke Rumah Sakit baik RJ, RI & IGD disertai dengan penerbitan SEP(Surat Elegibilitas Peserta)
2. Dokter mengisi form JKN yang merupakan lampiran dari kelengkapan administrasi klaimBPJS
3. Mengkoding penyakit dan tindakan yang telah ditulis oleh dokter
4. Selanjutnya menginput identitas pasien serta diagnose dan tindakan yg berupa kode drICD 10 dan 9CM kedalam aplikasi Ina-CBG's

5. Mengrouping hasil inputan dalam aplikasi dan memprint hasil final keluaran Ina-CBG's
6. Memberikan hasil lengkap siap verifikasi kepada verifikator BPJS
7. Verifikator memverifikasi klaim pasien dengan menentukan klaim itu layak, tidak layak atau pending
8. Dari hasil verifikasi terkadang ada feedback dari verifikator misalnya ketidaksesuaian identitas pasien yg membuat data tidak ditemukan
9. Setelah hasil verifikasi dinyatakan selesai maka verifikator menerbitkan FPK
10. Memprint out hasil FPK RI dan RJ yang akan ditandatangani oleh direktur RS dan Verifikator
11. Verifikator membawa ke kantor cabang untuk menunggu 14 hari kerja klaim dicairkan

4.7 Berkas Klaim Individual Pasien

4.7.1 Berkas klaim yang akan diverifikasi meliputi :

IKOPIN

A. Rawat Jalan

Gambar 4.7 Berkas Klaim Individual Pasien, yaitu berisikan Biodata, diagnose,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
Berkas Klaim Individual Pasien

22/03/2019

Kode Rumah Sakit : 3273420	Kelas Rumah Sakit : B
Nama RS : RS AL-ISLAM BANDUNG	Jenis Tarif : TARIF RS KELAS B SWASTA
Nomor Peserta : ██████████	Nomor ICP : ██████████ ✓
Nomor Rekam Medis : ██████████	Tanggal Masuk : 22/03/2019
Umur Tahun : 49	Tanggal Keluar : 22/03/2019
Umur Hari : 18204	Jenis Perawatan : 2 - Rawat Jalan
Tanggal Lahir : 15/05/1969	Cara Pulang : 1 - Atas Persewaan Dokter
Jenis Kelamin : 1 - Laki-laki	LOS : 1 hari
Kelas Perawatan : Reguler	Berat Lahir : -

Diagnosa Utama : Z01.9	Follow-up exam after unspecified treatment for other conditions
Diagnosa Sekunder : E11.9	Non insulin-dependent diabetes mellitus without complications
J20.9	Acute bronchitis, unspecified
J45.9	Asthma, unspecified
K30	Dyspepsia

Prosedur

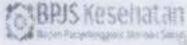
ADL Sub Acute	ADL Chronic
---------------	-------------

Hasil Grouping

JNA-CMG : Q-5-44-0	PERYAKIT KRONIS KECIL LAIN-LAIN	Rp 192,400.00
Sub Acute	-	Rp 0.00
Chronic	-	Rp 0.00
Special CMG	-	Rp 0.00
Total Tarif	-	Rp 192,400.00

Revisi/No : 0-Klaim 1.1.1.01/01/01/000 @ 2019-03-02 17:15:36

coding awal Pasien


SURAT ELEGIBILITAS PESERTA
RS AL ISLAM

No.SEP	: [REDACTED]	Peserta	: PEKERJA MANDIRI
Tgl.SEP	: 2019-03-22	COB	: -
No.Kartu	: [REDACTED] (MRI [REDACTED])	Jns.Rawat	: R.Jalan
Nama Peserta	: [REDACTED]	Kls.Rawat	: -
Tgl.Lahir	: 1969-05-15 Kelamin :Perempuan	Penjamin	
No.Telepon	: [REDACTED]		
Sub/Spesialis	: PENYAKIT DALAM		
Faskes Perujuk	: RSKIA Humana Prima		
Diagnosa Awal	: - Unspecified diabetes mellitus without complic		
Catatan	:		

*Saya menyetujui BPJS Kesehatan menggunakan informasi medis pasien jika diperlukan.
 *SEP Bukan sebagai bukti penjaminan peserta.

Pasien/Keluarga Pasien


Cetakan ke 1 22-03-2019 11:09:55 wib

Gambar 4.8 Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yaitu berisikan status pasien

IKOPIN

Setelah dilakukan pemeriksaan pada

Nama Pasien: [REDACTED]

Tanggal Pemeriksaan: 22-03-2019

Tanggal Berobat: [REDACTED]

Anamnesis: batuk pilek sejak [REDACTED]

Pemeriksaan Fisik: [REDACTED]

Pemeriksaan Penunjang: [REDACTED]

Diagnosa: [REDACTED]

Pengobatan / Tindakan: [REDACTED]

Anjuran: [REDACTED]

Kawatir Waktu Pulang: [REDACTED]

TTD [Signature]

Gambar 4.9 Resume Medis, adalah pencatatan setelah pemeriksaan dokter terhadap pasien

IKOPIN

RUMAH SAKIT AL-ISLAM BANDUNG
 Jl. Sekeloa Utara No. 144 Bandung 40131
 Telp. 022-750280 s.d 8502800 Fax. 022-7500108

SURAT KETERANGAN DALAM PERAWATAN (SKDP)

No. RM :
 Nama :
 Tgl. Lahir :
 Umr :
 Diagnosis :
 Terapi :
 Tgl. Surat Revisi : 10 / 1 / 19 0135K04002198 00012

Belum dapat diperbaiki ke Fasilitas Perujuk dengan alasan :

Belum Stabil
 Obat-obatan tidak ada di Fasilitas PPK I
 Diagnosis tidak termasuk rujuk balik

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan pada kunjungan selanjutnya :

Evaluasi Pengobatan
 Perawatan Lanjutan

Surat Keterangan ini digunakan untuk 1 (satu) kali kunjungan dengan diagnosis diatas pada :
 Tanggal : 11 / 5 / 19
 No. Antrian :
 Bandung,
 Dokter Penanggungjawab Pelayanan
 dr. Yasin & Nurcahya
 dr. HANIS-STRANIS
 Nara Jasa & Tindak Tergas

21 / 5 / 19

Gambar 4.10 Surat Keterangan Dalam Perawatan yang berisikan

IKOPIN

RS Al Islam Bandung
 Jl. Soekarno Hatta No. 644
 Phone: (022)7510983-88 Ext. 705 | Fax: (022) 7563233 | WEBSITE:
 www.rsakislam.com RANTING: ATORR - UJIAN BARAT

Billing Rawat Jalan ASU

TANGGAL: 22 MAR 2019 NO: OP-00300752

NO. REG / NO. MR	Poliikik	POLIKLINIK PENYAKIT DALAM
Tanggal Masuk: 22 Mar 2019	Tanggal Keluar: 22 Mar 2019	
Nama Pasien	Perjenis Bayar	ASURANSI
Dokter Utama: Idris S. Murtasudra, dr. Sp-PO	Perjenis Instansi	BPJS KESEHATAN
No. SEP		

KETERANGAN	JUMLAH	SUBTOTAL
ADMINISTRASI:		
Pendaftaran Klinik Spesialis	1	90.000,-
	Subtotal:	90.000,-
BIAYA TINDAKAN:		
Co Asas Perawatan Dokter Di Klinik Spesialis Gigi (Istirahat S. Murtasudra, dr. Sp-PO)	1	90.000,-
	Subtotal:	90.000,-
BIAYA OBAT - OBATAN:		
Cefotax Tab 500 Mg. Jawa Indah	10	26.350,-
Cefixone Tab 100 Mg. Hespitem	7	2.807,-
Cloxacil Tab 100 Mg. Jawa-Kimia Farma	21	15.361,-
Novoxapad Per 100 Mg. Jawa (H)	1	108.517,-
Ribopryl 50 Tab. Jawa	14	20.132,-
	Subtotal:	174.217,-
	Total	344.217,-
	Tetapi Dikur	0,-
	Total Tagihan	344.217,-

Terbilang (Tiga Ratus Empat Puluh Empat Ribu Dua Ratus Tujuh Belas Rupiah)

BANDUNG, 22 Maret 2019
Petugas

Punanti

Gambar 4.10 Billing Rawat Jalan yaitu berisikan

IKOPIN

B. Rawat Inap

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
Berkas Klaim Individual Pasien 05/03/2019

Kode Rumah Sakit :	3273420	Kelas Rumah Sakit :	B
Nama RS :	RS AL-ISLAM BANDUNG	Jenis Tarif :	TARIF RS KELAS B SWASTA

Nomor Peserta :	[REDACTED]	Nomor SEP :	[REDACTED]
Nomor Rekam Medis :	[REDACTED]	Tanggal Masuk :	04/03/2019
Umur Tahun :	48	Tanggal Keluar :	05/03/2019
Umur Hari :	17584	Jenis Perawatan :	1 - Rawat Inap
Tanggal Lahir :	11/01/1971	Cara Pulang :	4 - Meninggal Dunia
Jenis Kelamin :	1 - Laki-laki	LOS :	2 hari
Kelas Perawatan :	3 - Kelas 3	Berat Lahir :	-

Diagnosa Utama :	I61.9	Intracerebral haemorrhage, unspecified
Diagnosa Sekunder :	R57.0	Cardiogenic shock

Prosedur :	96.04	Insertion of endotracheal tube
	96.71	Continuous invasive mechanical ventilation for less than 96 consecutive hours

ADL Sub Acute :	-	ADL Chronic :	-
-----------------	---	---------------	---

Hasil Grouping			
INA-CBG :	J-1-20-III	PROSEDUR SISTEM PERNAFASAN NON-KOMPLEKS (BERAT)	Rp 29,135,800.00
Sub Acute :	-		Rp 0.00
Chronic :	-		Rp 0.00
Special CMG :	-		Rp 0.00
Total Tarif :			Rp 29,135,800.00

Generated : E-Klaim 5.3.6.201902021938 @ 2019-03-30 12:38:53 Lembar 1 / 1

Gambar 4.11 Surat perintah rawat inap

IKOPIN

BPJS Kesehatan SURAT ELEGIBILITAS PESERTA
RS AL ISLAM

No.SEP : ██████████
Tgl.SEP : 2019-03-22
No.Kartu : ██████████ (M R ██████████)
Nama Peserta : ██████████
Tgl.Lahir : 1989-05-15 Kelamin : Perempuan
No.Telepon : ██████████
Sub/Spesialis : PENYAKIT DALAM
Faskes Perujuk : RSKA Humana Prima
Diagnosa Awal : - Unspecified diabetes mellitus without complic
Catatan :
*Saya menyetujui BPJS Kesehatan menggunakan informasi medis pasien jika diperlukan.
*SEP Bukan sebagai bukti penjaminan peserta.

Peserta : PEKERJA MANDIRI
COB : -
Jns.Rawat : R.Jalan
Kls.Rawat : -
Penjamin : -

Peserta/Keluarga Pasien : 

Cetakan ke 1 29-03-2019 11:09:56 wib

BPJS Kesehatan SURAT ELEGIBILITAS PESERTA
RS AL ISLAM

No.SEP : ██████████
Tgl.SEP : 2019-08-28
No.Kartu : ██████████ (M R ██████████)
Nama Peserta : ██████████
Tgl.Lahir : 1998-10-10 Kelamin : Laki-Laki
No.Telepon : ██████████
Sub/Spesialis : -
Faskes Perujuk : RS AL ISLAM
Diagnosa Awal : - A91 - Dengue haemorrhagic fever.
Catatan :
*Saya menyetujui BPJS Kesehatan menggunakan informasi medis pasien jika diperlukan.
*SEP Bukan sebagai bukti penjaminan peserta.

Peserta : PEKERJA MANDIRI
COB : -
Jns.Rawat : R.inap
Kls.Rawat : Kelas 1
Penjamin : -


Ahmad Nurul H A

Cetakan ke 1 29-03-2019 01:24:04 wib

Gambar 4.12 Surat Eligibilitas Peserta (SEP) Rawat Inap & SEP Rawat Jalan

IKOPIN

RM 20

 RS AI Islam Bandung BANDUNG	RESUME PASIEN PULANG	
	Nama	No Rm
	Tgl. Lahir : 09 Sep 1985	Jenis Kelamin : Perempuan
	Tanggal Masuk : 30 Mar 2019	Agama : Islam
	Tanggal Keluar : none	Pekerjaan : IBU R.TANGGA
	Tim Dokter : Delle Helani Amali, dr., Sp. OG.	Alamat : RANCBOLANG RT 004/004
	No. Telp/HP : - / -	
Penjamin	BPJS KESEHATAN	
Alasan masuk		
Riwayat Penyakit		
Diagnosa Masuk		
Pemeriksaan Fisik		
Pemeriksaan Penunjang	Hasil Laboratorium :	
	Hasil Radiologi :	
Terapi / Pengobatan Selama di RS	Obat Yang Dibawa Pulang dan Aturan Pakai	
Diagnosa Utama		
Diagnosa Sekunder		
Tindakan Dokter / Operasi		
Cara Pasien Keluar		
Intruksi Tindak Lanjut	Kontrol :	
Kondisi Pasien Pada Saat Pulang		
Nama Pasien / Keluarga Pasien	Tanda Tangan Dokter dan Nama Lengkap Dokter	
	Delle Helani Amali, dr., Sp. OG.	
Keterangan : 1. Lembar putih arsip rekam medis 2. Lembar kuning untuk pasien 3. Lembar biru arsip Penjamin		

Gambar 4.13 Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

IKOPIN

RS A/Islam Bandung Jl. Soekarno Hatta No. 644
 Phone: (022)751058388 Ext. 705 WEBSITE : www.rsaislam.com Fax: [RS_COMPANY_FAX], BANDUNG 40286 - JAWA BARAT.

**Medical Record Numbertes XX-XX-XX
 Billing Rawat Inap (COPY)**

Nomor Tagihan : [REDACTED] Nama Pasien : [REDACTED]
 Nomor Registrasi : [REDACTED] Terima Dari : [REDACTED]
 Tanggal Registrasi : 05 Mar 2019 Kelas / Kamar : KELAS I / DARUSSALAM 1 -
 Penjamin : BPJS KESEHATAN Tanggal Keluar : 05 Mar 2019
 Kelas Dijamin : -

No. SEP : [REDACTED]

KETERANGAN	JUMLAH	NILAI
ADMINISTRASI :		60.000,-
BIAYA KAMAR :		550.000,-
BIAYA LABORATORIUM :		307.500,-
BIAYA RADIOLOGI :		1.562.500,-
BIAYA PEMAKAIAN PERALATAN :		1.025.000,-
BIAYA TINDAKAN :		1.219.500,-
BIAYA OBAT - OBATAN :		1.046.524,-
BIAYA PEMAKAIAN OBAT RUANGAN :		72.874,-
ADMINISTRASI RAWAT INAP :		100.000,-
	Total Tagihan	5.943.898,-
	Total Tagihan Penjamin	5.943.898,-
	Total Tagihan Pasien	0,-

Terbilang (lima juta sembilan ratus empat puluh tiga ribu delapan ratus sembilan puluh delapan rupiah)

PEMBAYARAN : 29/3/2019 16:04 Di Jamin Oleh Asuransi / Perusahaan BPJS KESEHATAN

Total Bayar	29.135.800,-
Sisa Belum Bayar	5.943.898,-
Keuntungan	0,-
Kembalian	23.191.902,-
	0,-

Terbilang (nol rupiah)

Gambar 4.14 Billing Rawat Inap

IKOPIN