

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping**

RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta merupakan pengembangan dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Jl. Ahmad Dahlan 20 Yogyakarta. Pada tanggal 16 Juni 2010 Rumah Sakit mendapatkan ijin operasional sementara nomer 503/0299a/DKS/2010.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta adalah milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah. Persyarikatan Muhammadiyah, diakui pemerintah mengenai sebagai badan hukum Nomor: IA/8.a/1588/1993, tertanggal 15 Desember 1993. Sebagai bagian pengembangan, sejarah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta tidak lepas dari sejarah berdirinya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Jl. Ahmad Dahlan 20 Yogyakarta.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta awalnya didirikan berupa klinik pada tanggal 15 Februari

1923 dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa'.Pendirian pertama atas inisiatif H.M. Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H. Ahmad Dahlan. Seiring dengan waktu, nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat).

## **B. Hasil Penelitian**

Penelitian dilakukan selama bulan Juni 2016 hingga September 2016 dan menghasilkan beberapa data diantaranya yaitu :

### **1. Data Informan Penelitian**

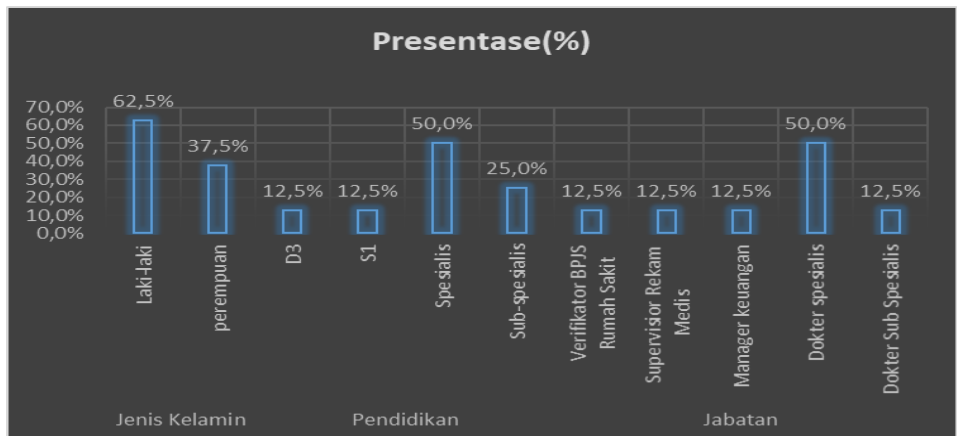
Dalam penelitian tersebut informan yang terlibat dalam penelitian tersebut antara lain kepala bagian BPJS Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping, kepala bagian keuangan, kepala bagian rekam medis, dokter spesialis bedah, dokter pesialis anestesi, dokter spesialis saraf, dokter penyakit dalam, dokter spesialis anak. Dari beberapa responden tersebut, didapatkan usia dan jenis

kelamin yang berbeda, serta beberapa tingkat pendidikan yang berbeda. Berdasarkan usia yaitu berkisar usia 30-60 tahun, bagi tingkat pendidikan mulai dari lulusan Strata 1 hingga sub-spesialistik (tabel 4.1).

**Tabel 4. 1** Karakteristik Informan Penelitian

No.	Karakteristik	Jumlah	Presentase(%)
1.	Jenis Kelamin:		
	• Laki-laki	5	62,5%
	• Perempuan	3	37,5%
2.	Pendidikan:		
	• D3	1	12,5%
	• S1	1	12,5%
	• Spesialis	4	50%
	• Sub-spesialis	2	25%
3.	Jabatan:		
	• Verifikator BPJS Rumah Sakit	1	12,5%
	• Supervisor Rekam	1	12,5%

	Medis		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manager keuangan</li> </ul>	1	12,5%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter spesialis</li> </ul>	4	50%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter Sub Spesialis</li> </ul>	1	12,5%



**Gambar 4. 1** Kurva histogram persentase iinforman penelitian

Dari grafik diatas dapat dijelaskan bahwa karakteristik informan pada penelitian ini di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping berdasarkan jenis kelamin jumlah pada responden laki-laki adalah 62,5 % sedangkan perempuan berjumlah 37,5%. Untuk responden dengan kriteria

pendidikan, yang berpendidikan Diploma 3 (D3) berjumlah 12,5%, Strata 1 (S1) berjumlah 12,5 %, Spesialis berjumlah 50,0%, dan Sub-spesialis 25,5%. Responden dengan kriteria jabatan, yaitu Manager Pelayan Medik dan Penunjang Medik berjumlah 12,5%, Supervisor Rekam Medis berjumlah 12,5%, Manager Keuangan berjumlah 12,5% dan Dokter Spesialis 50,0%. Jadi, jumlah total informan secara keseluruhan adalah 8 (delapan) orang.

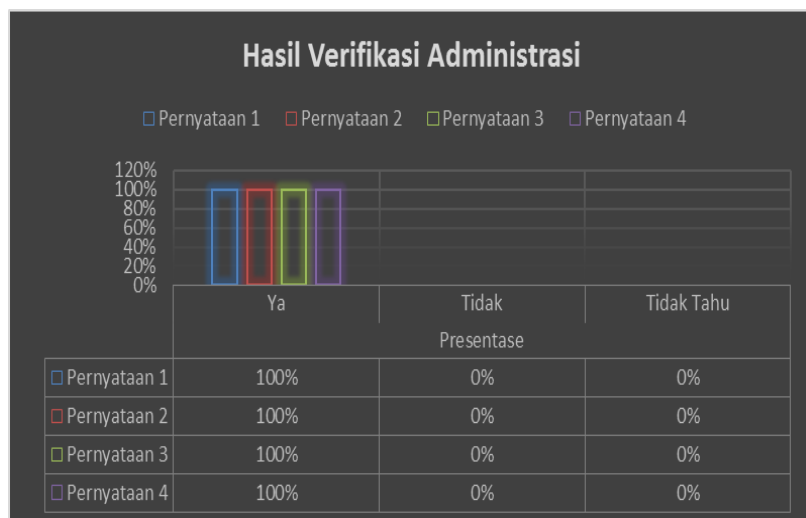
## 2. Data Verifikasi Administrasi

Pengambilan data verifikasi administrasi, peneliti melakukan wawancara kepada informan yang berisi tentang pernyataan yang berkaitan dengan sistem verifikasi administrasi (tabel 4.2).

**Tabel 4. 2** Hasil Verifikasi Administrasi

No.	Pernyataan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1.	Apakah pasien membawa surat Egibilas Peserta (SEP)	8 (100%)	0	0
2.	Apakah pada bukti pelayanan terdapat diagnosis dan	8 (100%)	0	0

	prosedur pelayanan			
3.	Apakah terdapat bukti pendukung jika terdapat pembayaran diluar klaim INA CBG's	8 (100%)	0	0
4.	Apakah berkas klaim telah sesuai dengan berkas SEP dan kepesertaan di dalam INA CBG's	8 (100%)	0	0



**Gambar 4. 2** Kurva histogram persentase hasil verifikasi administrasi

Dari tabel 4.2 pada bagian nomer 1 tentang verifikasi administrasi didapatkan hasil bahwa seluruh responden (100%) mengatakan bahwa seluruh pasien membawa surat egibilitas peserta (SEP). Pada bagian nomer 2 tentang

verifikasi administrasi didapatkan hasil bahwa seluruh responden (100%) mengatakan bahwa bukti pada pelayanan terdapat diagnosis dan prosedur pelayanan. Pada nomer 3 tentang verifikasi administrasi didapatkan hasil bahwa seluruh responden (100%) mengatakan bahwa ada bukti pendukung jika terdapat pembayaran diluar klaim INA CBG's. Pada bagian nomer 4 tentang verifikasi administrasi didapatkan hasil bahwa seluruh responden (100%) mengatakan bahwa berkas klaim telah sesuai dengan berkas Klaim SEP dan kepesertaan di dalam INA CGB's.

### 3. Data Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Pengambilan data verifikasi pelayan kesehatan, peneliti melakukan wawancara kepada informan (tabel 4.3).

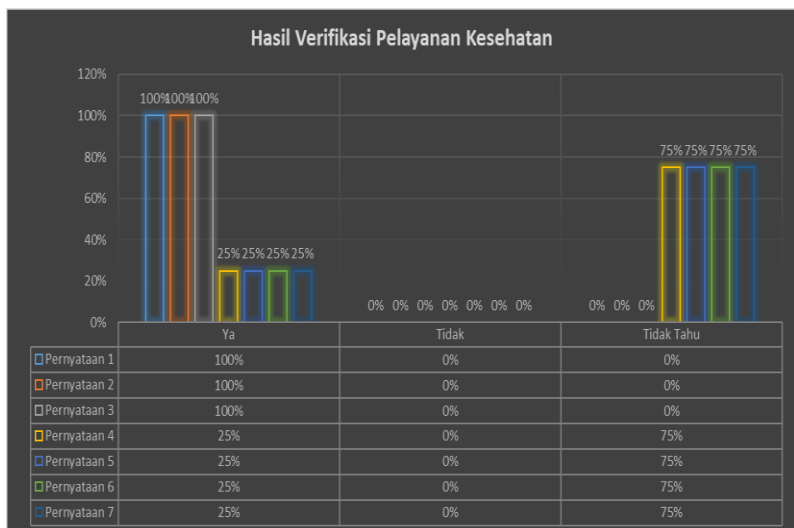
**Tabel 4. 3** Hasil Verifikasi Pelayanan Kesehatan

No.	Pernyataan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1.	Apakah telah sesuai antara diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 yang terdapat pada JUKNIS INA CBG's	8(100%)	0	0
2.	Apakah dokter	8(100%)	0	0

	melakukan pemeriksaan sesuai indikasi medis dan memberikan obat pada hari pelayanan yang sama			
3	Apakah pelayanan IGD, rawat jalan atau pelayanan bedah sehari ( <i>one day care? surgery</i> ) termasuk rawat jalan	8(100%)	0	0
4	Apakah telah digunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakit sebagai diagnosis sekunder jika pasien yang datang untuk kontrol dengan diagnosis yang sama dan terapi yang sama seperti kunjungan sebelumnya?	2 (25%)	0	6 (75%)
5	Apakah terdapat bukti pendukung pada kasus CMG’s?	2 (25%)	0	6 (75%)
6	Apakah jika terdapat dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan akan tetap menggunakan satu kode ICD 10	2 (25%)	0	6 (75%)
7	Apakah digunakan	2 (25%)	0	6



	kode terpisah pada beberapa diagnosis yang seharusnya dikode menjadi satu			(75%)
--	---	--	--	-------



**Gambar 4.3** Kurva histogram persentase hasil verifikasi pelayanan kesehatan

Dari tabel 4.3 pada bagian nomer 1 tentang verifikasi pelayanan kesehatan didapatkan hasil bahwa seluruh responden (100%) mengatakan bahwa telah sesuai antara diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 yang terdapat pada JUKNIS INA. Pada bagian nomer 2 tentang verifikasi pelayanan kesehatan dipatkan hasil bahwa seluruh responden (100%) mengatakan bahwa dokter

melakukan pemeriksaan sesuai indikasi medis dan memberikan obat pada hari pelayanan yang sama. Pada nomer 3 tentang verifikasi pelayanan kesehatan didapatkan hasil bahwa seluruh responden (100%) mengatakan bahwa pelayanan IGD, rawat jalan atau pelayanan bedah sehari (*one day care/surgery*) termasuk rawat jalan. Pada bagian nomer 4 tentang verifikasi pelayanan kesehatan didapatkan hasil bahwa (25%) mengatakan ya bahwa digunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakit sebagai diagnosis sekunder jika pasien yang datang untuk kontrol dengan diagnosis yang sama dan terapi yang sama seperti kunjungan sebelumnya, dan (75%) mengatakan tidak tahu. Pada bagian nomer 5 tentang verifikasi pelayanan kesehatan didapatkan hasil (25%) mengatakan terdapat bukti pendukung pada kasus CMG’s dan (75%) mengatakan tidak tahu. Pada bagian nomer 6 tentang verifikasi pelayanan kesehatan didapatkan hasil (25%) mengatakan terdapat dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan akan tetap menggunakan satu kode ICD 10 dan (75%) mengatakan tidak

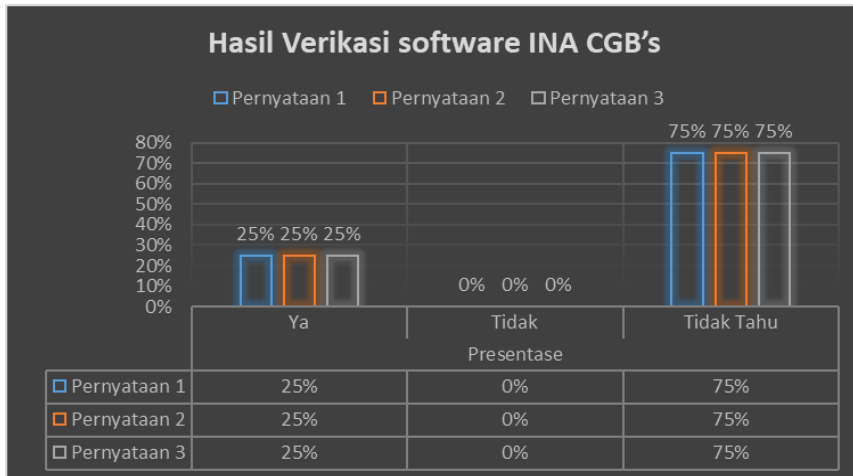
tahu. Pada bagian nomer 7 tentang verifikasi pelayanan kesehatan didapatkan hasil (25%) mengatakan digunakan kode terpisah pada beberapa diagnosis yang seharusnya dikode menjadi satu dan (75%) mengatakan tidak tahu.

#### 4. Data Verifikasi software INA CGB's

Pengambilan data verifikasi software INA CGB's, peneliti melakukan kepada informan (tabel 4.4).

**Tabel 4. 4** Hasil Verifikasi software INA CGB's

No.	Pernyataan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1	Apakah telah dilakukan purifikasi data pada penggunaan software INA CGB's	2 (25%)	0	6 (75%)
2	Apakah verifikator melakukan pencocokan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung serta hasil entry rumah sakit	2 (25%)	0	6 (75%)
3	Apakah setelah verifikasi administrasi selesai dilakukan verifikasi lanjutan untuk menghindari eror verifikasi dan double klaim	2 (25%)	0	6 (75%)



**Gambar 4. 4** Kurva histogram persentase verikasi software INA CGB's

Dari tabel 4.4 pada bagian nomer 1 tentang verikasi software INA CGB's didapatkan hasil (25%) mengatakan telah dilakukan purifikasi data pada penggunaan software INA CGB's dan (75%) mengatakan tidak tahu. Pada bagian nomer 2 tentang verikasi software INA CGB's didapatkan hasil (25%) verifikator melakukan pencocokan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung serta hasil entry rumah sakit dan (75%) mengatakan tidak tahu. Pada bagian nomer 3 tentang verikasi software INA CGB's didapatkan hasil (25%) setelah verifikasi administrasi selesai dilakukan verifikasi

lanjutan untuk menghindari eror verifikasi dan double klaim dan (75%) mengatakan tidak tahu.

## 5. Data Wawancara Prosedur Klaim BPJS Pasien Rawat Jalan

**Tabel 4. 5** Mengapa terjadi perbedaan tarif kleim yang diajukan kepada BPJS dan kleim yang turun ke RS?

NO	Responden	Open Coding	Axial	Theme
1	Penanggung jawab BPJS internal RS	Perbedaan tarif antara fee for service dan tarif INA CBG's	Perbedaan tarif karena: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klaim yang tidak dibayarkan</li> <li>• Perbedaan diagnosis antar BPJS dan Rumah sakit</li> <li>• Perbedaan berat ringannya kasus penyakit</li> </ul>	Perbedaan diagnosis antar BPJS dan Rumah sakit
2	Kepala keuangan	Sebagai salah satu penyebab selisih biaya Rumah Sakit adalah adanya klaim yang tidak dibayarkan oleh BPJS		
3	Kepala REKAM MEDIS	Perbedaan kriteria diagnosis antara pihak BPJS dan Rumah Sakit		
4	Dr.spesialis Saraf	Perbedaan severity kasus menyebabkan perbedaan klaim		
5	Dr. spesialis Anastesi	Berat ringannya penyakit sebagai perbedaan klaim yang diajukan		
6	Dr.Spesialis Bedah	Perbedaan kriteria diagnosis anantara BPJS dengan Rumah Sakit menyebabkan selisih tarif Rumah Sakit		
7	Dr. Spesialis Penyakit Dalam	Ada beberpa diagnose yang underreasoneable dari plafon bpjs		
8	Dr. Spesialis	Perbedaan diagnosis antara rs		

	Anak	dengan BPJS		
--	------	-------------	--	--

Berdasarkan dari hasil wawancara diatas dapat disimpulkan perbedaan tarif klaim yang diajukan kepada BPJS dan klaim yang turun ke rumah sakit dikarenakan perbedaan diagnosis penyakit antara pihak BPJS dan rumah sakit kususnya oleh pihak dokter yang memberikan penanganan kepada pasien. Masalah yang muncul selanjutnya adalah perbedaan tarif yang ditentukan oleh pihak BPJS tidak sesuai dengan yang diajukan pihak rumah sakit. Sebagai contoh adalah kasus ISK, dimana menurut pihak BPJS kriteria diagnosis untuk ISK adalah harus terdapat nitrit di dalam urin, sedangkan dari pihak dokter yang melakukan perawatan kriteria diagnosis ISK jika terdapat gejala dan didalam urin terdapat bakteri maka kasus tersebut dapat dikatakan ISK. Perbedaan tersebut menjadi salah satu masalah yang muncul di rumah sakit dan berpengaruh pada pembayaran dari klaim tersebut, karena pihak BPJS hanya akan membayarkan klaim

sesuai dengan kode yang sesuai dengan ICD 9 dan ICD 10 yang telah ada.

**Tabel 4. 6** Apa yang menyebabkan perbedaan jumlah klaim yang dibayarkan dari pihak BPJS ke rumah sakit?

NO	Responden	Open Coding	Axial	Theme
1	Penanggung jawab BPJS internal rumah sakit	Karena banyaknya bagian subspecialistik dan penyakit-penyakit yang <i>complicated</i>	Perbedaan klaim: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Karena adanya bagian subspecialistik</li> <li>• Pemberkasan klaim pasien</li> <li>• tidak lengkap</li> <li>• Ketidakhahaman verifikator</li> <li>• Penyulit saat tindakan</li> </ul>	Pemberkasan klaim pasien tidak lengkap
2	Kepala keuangan	Penyeleksian awal pasien masuk ke Rumah Sakit yang belum maksimal		
3	Kepala rekam medis	Ketidakhengkapan berkas mempengaruhi pencairan klaim		

4	Dr.spesialis Saraf	Bagian subspecialistik yang membutuhkan pengobatan tinggi mempengaruhi cost rumah sakit		
5	Dr. spesialis Anestesi	Adanya penyulit ditengah-tengah tindakan dan tambahan tindakan yang tidak dibayarkan oleh BPJS		
6	Dr.Spesialis Bedah	Perbedaan persepsi diagnosis antara BPJS dan Rumah sakit		
7	Dr. Spesialis Penyakit Dalam	Berat ringannya penyakit tidak		



		sama antar pasien		
<b>8</b>	Dr. Spesialis Anak	Karena beberapa verifikasi bukan bagian klinis sehingga terjadi ketidakfahaman		

Berdasarkan dari hasil wawancara diatas dapat disimpulkan penyebab perbedaan klaim dari pihak BPJS ke rumah sakit adalah pemberkasan klaim pasien yang tidak lengkap. Berkas yang tidak lengkap tersebut dikatakan sebagai revisi apabila tidak memenuhi syarat kelengkapan yang telah ditentukan oleh pihak BPJS dan berkas akan dikembalikan dan harus dilakukan kelengkapan berkas oleh dokter DPJP atau dokter yang menangani, sehingga berkas akan lebih lama untuk dilakukan pengajuan klaim dan pencairan klaim akan tertunda. Ketidaklengkapan berkas

biasanya dikarenakan dari dokter yang menangani banyak pasien sehingga dokter terburu-buru dalam pengisian berkas.

**Tabel 4. 7** Bagaimana cara rumah sakit untuk mengatasi kerugian dan perbedaan tarif antara rumah sakit dengan BPJS?

<b>N O</b>	<b>Responde n</b>	<b>Open Coding</b>	<b>Axial</b>	<b>Theme</b>
<b>1</b>	Penanggung jawab BPJS internal rumah sakit	Efisiensi merupakan tindakan untuk mengatasi selisih biaya Rumah Sakit	Cara mengatasi kerugian: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efisiensi tindakan biaya Rumah Sakit</li> <li>• Koordinasi dokter dengan Sakit</li> <li>• <i>Clinical pathway</i> sebagai kendali mutu dan biaya</li> <li>• Dilakukan subsidi silang</li> <li>• Kelengkapan administrasi</li> </ul>	<i>Clinical pathway</i> sebagai kendali mutu dan biaya
<b>2</b>	Kepala keuangan	Koordinasi antara dokter dengan bagian rumah sakit		
<b>3</b>	Kepala rekam medis	<i>Clinical Pathway</i> sebagai salah satu contoh kendali mutu dan kendali biaya		
<b>4</b>	Dr.spesialis Saraf	<i>Clinical Pathway</i> sebagai kendali mutu dan kendali		

		biaya		
<b>5</b>	Dr. spesialis Anastesi	Subsidi silang sebagai salah satu trobosan mengurangi selisish tariff		
<b>6</b>	Dr. Spesialis Bedah	Menuliskan dengan lengkap di rekam medis dengan sesuai kondisi pasien		
<b>7</b>	Dr. Spesialis Penyakit Dalam	Merujuk pada kasus-kasus yang berat dan kemungkinan memiliki plafon lebih		
<b>8</b>	Dr. Spesialis Anak	Melaksanakan sesuai formularium yang telah ada		

Dari hasil wawancara di atas dapat disimpulkan bahwa cara rumah sakit untuk mengatasi kerugian dan perbedaan tarif antara rumah sakit dengan BPJS adalah efisiensi untuk mengatasi selisih biaya rumah sakit, koordinasi antara dokter dengan bagian

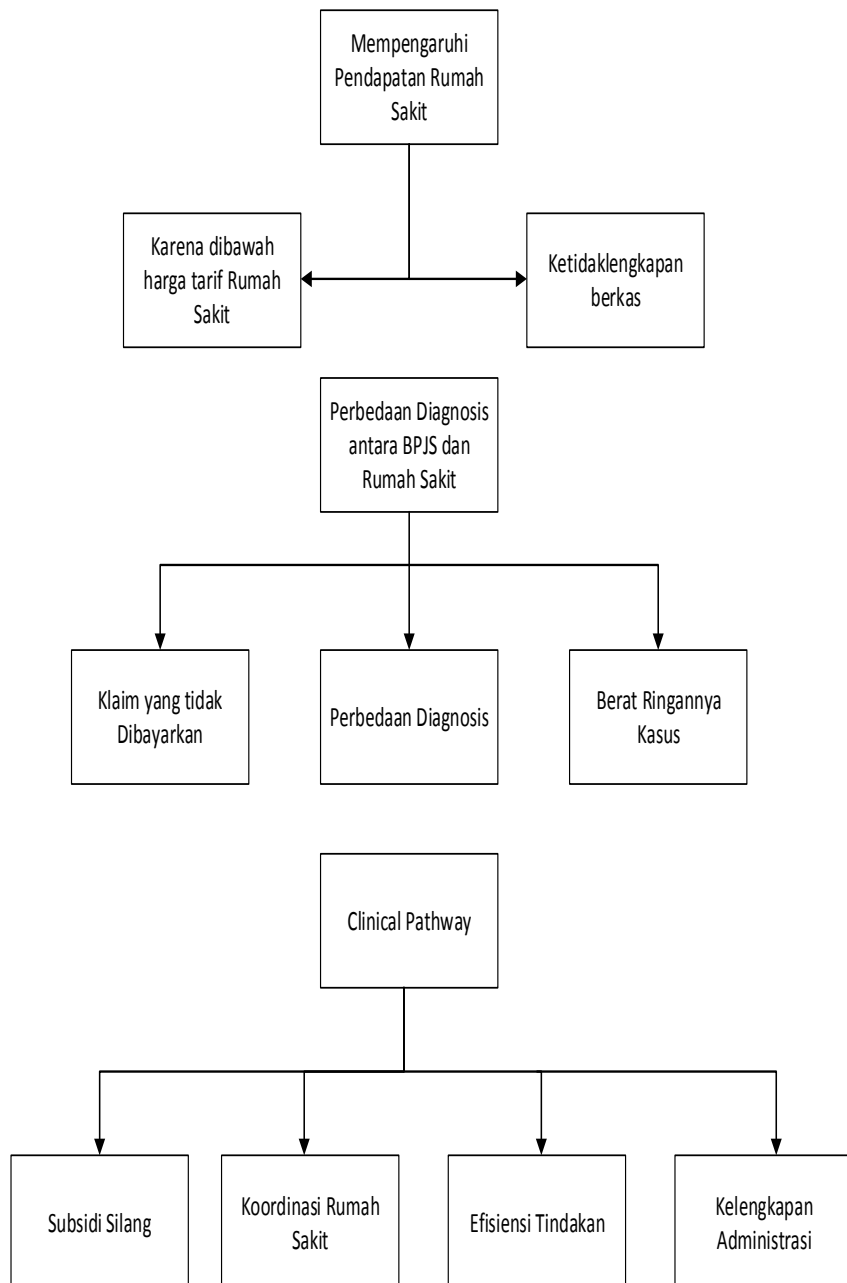
rumah sakit, subsidi silang selisih tarif dan *Clinical Pathway* sebagai kendali mutu dan kendali biaya. *Clinical pathway* merupakan sebagai salah satu hal yang terpenting yang harus dimiliki oleh sebuah rumah sakit, karena *clinical pathway* digunakan sebagai acuan untuk seluruh tenaga medis dalam melakukan penegakan diagnosis, pemeriksaan penunjang, dan juga terapi kepada setiap pasien. Selain itu, *clinical pathway* sebagai alur yang menggambarkan proses dari mulai saat penerimaan pasien hingga pasien pulang. Dengan adanya *clinical pathway*, diharapkan pasien mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya sehingga biaya yang dikeluarkan sesuai dengan perawatan yang diterima dan hasil yang diharapkan. Adanya *clinical pathway* juga dapat membantu dokter saat melakukan perawatan.

Tabel 4. 8 Apakah lamanya klaim yang diajukan dengan klaim yang turun mempengaruhi pendapatan rumah sakit?

NO	Responden	Open Coding	Axial	Theme
1	Penanggung jawab BPJS internal rumah sakit	Pembayaran klaim dari BPJS ke Rumah sakit selalu tepat waktu	<p>Lama klaim:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mempengaruhi pendapatan rumah sakit karena ketidaklengkapan berkas tidak lengkap membuat berkas menjadi pending dan tidak dapat diajukan klaim</li> <li>karena dibawah harga tarif Rumah sakit</li> </ul>	Mempengaruhi pendapatan rumah sakit
2	Kepala keuangan	Mempengaruhi. Karena ketidaklengkapan berkas tidak lengkap membuat berkas menjadi pending dan tidak dapat diajukan klaim		
3	Kepala rekam medis	berpengaruh, karena dibawah harga tarif Rumah sakit		
4	Dr. spesialis Saraf	Berpengaruh pada <i>cost flow</i> , namun ada klaim penggantian kepada BPJS		
5	Dr. spesialis Anastesi	Mempengaruhi namun ada cara mengatasi itu yaitu dengan subsidi silang		
6	Dr. Spesialis Bedah	Mempengaruhi. Namun asalkan menceritakan kondisi pasien yang sesuai		
7	Dr. Spesialis Penyakit Dalam	Mempengaruhi. Namun dapat ditutupi dengan kasus dengan plafon yang tinggi		
8	Dr. Spesialis Anak	Tergantung bagian manajemen yang mengatur keuangan		

Dari hasil wawancara diatas dapat disimpulkan lamanya klaim yang diajukan dengan klaim yang turun mempengaruhi pendapatan rumah sakit, akan tetapi di PKU Muhammadiyah Gamping dapat mengatasinya dengan cara subsidi silang. Hal ini diperkuat dengan pernyataan responden dua (2).

*“ Ya kemaren itu ternyata untuk yang penyakit yang sub-sub itu merugikan sekali ya khususnya jantung ya, itu klaimnya nggak ada yang lebih besar dari kita, hampir semuanya merugi, makanya ada kebijakan untuk tarif dokter sub spesialis itu kita samakan dengan dokter yang spesialis, itu masih dalam usulan. namun ada subsidi silang, cuman ada apa ya saya belum punya data, artinya apakah objek yang kita jadikan subsidi silang itu sudah bias menutupi”* (Wawancara hari selasa, 21 Juni 2016, Pukul 13.30 WIB, di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping).



**Gambar 4. 5** Kerangka Wawancara

## **Pembahasan**

Berdasarkan Undang – Undang Nomor 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bahwa sistem jaminan sosial nasional adalah program pemerintah yang bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh masyarakat. BPJS adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS kesehatan dan BPJS ketenagaan. BPJS kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta BPJS kesehatan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan dan bukan PBI jaminan kesehatan. PBI adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayar oleh pemerintah sebagai peserta program jaminan kesehatan.

Ketepatan pengodean diagnosis dan prosedur mempengaruhi ketepatan tarif pada software INA-CBG, sehingga jarak perbedaan tarif riil dengan tarif INA- CBG juga akan



ditentukan oleh ketepatan pengodean. Ketika pengodean tepat serta penentuan diagnosis primer dan sekunder juga tepat, maka tarif paket INA-CBG yang muncul juga tepat sesuai dengan derajat keparahan (*severity level*) dari kode diagnosis dan prosedur. Namun ketika pengodean tidak tepat, kemudian mengakibatkan derajat keparahan yang tidak tepat, maka tarif paket INA-CBG tidak tepat pula. Hal itu yang memicu adanya upcoding (menaikkan kode pada derajat keparahan yang lebih tinggi) yang semakin memperbesar selisih antara tarif riil dengan tarif paket INA-CBGs (Wijayanti dan Sugiarsi, 2013).

Ketidak lengkapan berkas pada penelitian sebelumnya didapatkan hambatan pada proses pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan di RSUD Blambangan berupa keterlambatan penyerahan berkas klaim dari poli ke loker klaim, tulisan dokter atau perawat yang tidak jelas, proses pengecekan koding dilakukan secara manual sehingga butuh waktu yang lama, berkas yang tidak lengkap, proses verifikasi data txt file kadang tidak bisa dibuka dan rumah sakit terlambat menyerahkan berkas

kepada verifikator BPJS kesehatan atau pengajuannya lebih dari tanggal 10 setiap bulannya (Yudhistira, 2017).

Ketidak lengkapan dokumen rekam medis menjadi salah satu masalah karena rekam medis merupakan satu-satunya catatan yang dapat memberikan informasi tindakan kepada pasien selama perawatan di rumah sakit. Hal ini akan mengakibatkan dampak internal dan eksternal karena hasil pengolahan data menjadi dasar pembuatan laporan baik internal rumah sakit maupun bagi pihak eksternal. Laporan ini berkaitan dengan penyusunan berbagai perencanaan rumah sakit, pengambilan keputusan oleh pimpinan khususnya evaluasi pelayanan yang diberikan dan diharapkan hasilnya menjadi lebih baik. Selain itu ketidaklengkapan rekam medis juga menyebabkan terhambatnya proses klaim asuransi oleh pihak ketiga yaitu BPJS karena penulisan diagnosa utama atau disertai dengan diagnose sekunder/tambahan akan sangat berpengaruh dengan besaran klaim asuransi yang diajukan. Dampak lain dari ketidaklengkapan rekam medis adalah terhambatnya proses tertibnya administrasi, dimana karena dokumen rekam medis yang seharusnya sudah berada di ruang

penyimpanan tapi masih dikembalikan lagi ke dokter penanggungjawab untuk dilengkapi (Lihawa C, 2015).

Berdasarkan penelitian oleh Mawarni dan Wulandari penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis di instalasi rawat inap RS Muhammadiyah Lamongan adalah tidak adanya pelaksanaan monitoring sehingga proses pengisian rekam medis dengan lengkap tidak bisa dikendalikan (Mawarni dan Wulandari, 2013).

Penelitian Rahmadani mengidentifikasi faktor penyebab ketidaklengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap adalah oleh aspek sumber daya manusia dan aspek prosedur pelaksanaan (Rahmadani IS, et al 2008).

Terdapat hubungan antara susunan rekam medis yang kurang sistematis dengan ketidaklengkapan pengisian rekam medis. Dokter yang biasanya tergesa-gesa akan merasa kesulitan dalam mengisi dokumen rekam medis pasien karena susunannya yang kurang sistematis. Solusi yang dipilih adalah dengan membuat rancangan untuk Rekam Medis terintegrasi. Diharapkan bisa memperkecil masalah ketidaklengkapan pengisian dokumen

rekam medis karena Rekam Medis ini mudah digunakan, membantu pengumpulan data yang dibutuhkan, terbatas dari item data yang tidak penting, menyajikan data yang mudah dipahami sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan rekam medis, karena salah satu cara menilai mutu pelayanan rumah sakit dapat dilihat kualitas rekam medisnya (Indar I, Naiem MF, 2013).

Rumah sakit memerlukan sistem info Rekam Medis Medisasi manajemen rumah sakit (SIMRS) terutama untuk melayani fungsi administrasi dan fungsi klinis yang dapat secara langsung memperbaiki kualitas layanan. Fungsi administrasi mencakup alur proses pasien dari registrasi sampai pasien keluar dari rumah sakit, didalam fungsi ini terkait berbagai unit seperti akunting, penagihan, Rekam Medis, *housekeeping*, dan laboratorium. Fungsi klinis mencakup rekam medik Rekam Medis masuk hasil prosedur diagnostik, akses pada diagnostik baku dan prosedur pemberian kode, tinjauan pada info Rekam Medis pasien atau *alarm* otomatis yang mengingatkan kontra indikasi atau ketidaksesuaian antara obat yang diberikan (Kunders, 2004).

*Clinical pathway* merupakan perangkat koordinasi dan komunikasi bagi para petugas yang terlibat dalam tatalaksana pasien yang sama. *Clinical pathway* merupakan perangkat bantu untuk penerapan standar pelayanan medik (*evidence based clinical practice guideline*). Sampai saat ini penerapan standar pelayanan medis masih belum sepenuhnya dapat dicapai. Standar pelayanan medis tidak tersedia di bangsal pelayanan atau poliklinik, dan pada umumnya merupakan dokumen yang tersimpan rapi di kantor sekretariat RS.

Kesenjangan dalam penerapan SPM ini dapat diatasi dengan mengintegrasikan *clinical pathway* dalam rekam medis sehari-hari (Pearson SD. Et al; 1995). *Clinical pathway* merupakan salah satu perangkat yang digunakan untuk memperbaiki proses pelayanan. *Clinical pathway* yang dibuat sebagai daftar tilik akan berfungsi sebagai reminder, dan merupakan perpanjangan tangan sebuah standar pelayanan medik (Rizaldi Pinzon, et al; 2009).