

DOCTOR BEHAVIOR IN FILLING THE MEDICAL RESUME SHEET IN RSUD BAGAS WARAS KLATEN

Anggit Budiarto¹, Mahendro Prasetyo Kusumo², Winy Setyo Nugroho³

Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten
Buntalan Klaten Tengah Klaten Jawa Tengah

Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The hospital as one of the health service facilities is part of the health resources that are needed in supporting the implementation of health efforts. The writing of patient diagnosis is the responsibility of the treating physician and should not be represented. The phenomenon found in the initial survey of Regional General Hospital Bagas Waras Klaten obtained many incomplete resume forms. The purpose of this research is to know the doctor's behavior on the filling of the in-patient resume sheet data at RSUD Bagas Waras Klaten.

Method: This research is a qualitative research with case study approach. Respondents in this study were DPJP Specialist Doctor, Medical Record Officer and Hospital Director. Data obtained from interviews, FGDs, observations and documentation and collected and grouped based on existing indicators, as well as based on existing facts and also on critical thoughts to obtain a weighted result.

Results and Discussion: Based on the results of the doctor's observation through the medical resume sheet for 3 consecutive months which has been submitted to the medical record, it appears that medical resume filled by the doctor after the patient finished treatment is still low, from 217 files, Which is incomplete as much as 125 with a percentage of 41%. This is due to lack of cooperation between doctors and nurses in filling medical resume. In addition, the incomplete medical resume is due to the non-operation of the Standard Operational Procedure (SOP) which regulates the filling of medical resumes, the absence of regulations, sanctions for doctors who do not fill the medical resume so doctors lazily fill medical resume.

Conclusion: The doctor's behavior in completing the medical resume sheet is still low.

Keywords: *Medical Resum, Behavior Physician*

PERILAKU DOKTER DALAM MENGISI LEMBAR RESUM MEDIS DI RSUD BAGAS WARAS KLATEN

Anggit Budiarto¹, Mahendro Prasetyo Kusumo², Winy Setyo Nugroho³

Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten
Buntalan Klaten Tengah Klaten Jawa Tengah

Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

ABSTRAK

Latar Belakang: Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penulisan diagnosis pasien merupakan tanggung jawab dokter yang merawat dan tidak boleh diwakilkan. Fenomena yang ditemukan pada survey awal Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Klaten didapatkan banyak formulir resume yang tidak lengkap. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui perilaku dokter terhadap pengisian data lembar resume rawat inap di RSUD Bagas Waras Klaten.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Responden pada penelitian ini adalah Dokter Spesialis DPJP, Petugas Rekam Medis dan Direktur Rumah Sakit. Data yang diperoleh dari hasil wawancara, FGD, observasi dan dokumentasi serta dikumpulkan dan dikelompokkan berdasarkan indikator-indikator yang ada, serta berdasarkan fakta yang ada dan juga pada pemikiran-pemikiran yang kritis untuk memperoleh hasil yang berbobot.

Hasil dan Pembahasan: Berdasarkan hasil pengamatan dokter melalui lembar resume medis selama 3 bulan berturut-turut yang sudah di serahkan ke bagian rekam medis, terlihat bahwa resume medis yang diisi oleh dokter setelah pasien selesai perawatan masih rendah, dari 217 berkas, ternyata masih terdapat resume yang tidak lengkap sebanyak 125 dengan persentase 41%. Hal ini dikarenakan kurangnya kerjasama antara dokter dengan perawat dalam mengisi resume medis. Selain itu tidak lengkapnya pengisian resume medis disebabkan karena belum berjalannya Standart Operational Procedure (SOP) yang mengatur mengenai pengisian resume medis, tidak adanya peraturan, sanksi bagi dokter yang tidak mengisi resume medis sehingga dokter malas mengisi resume medis.

Kesimpulan: Perilaku dokter dalam melengkapi lembar resume medis masih rendah.

I. PENDAHULUAN

Perkembangan zaman yang begitu pesat menuntut perubahan pola pikir bangsa - bangsa di dunia termasuk Indonesia dari pola pikir tradisional menjadi pola pikir yang modern dalam berbagai bidang, termasuk dalam bidang kesehatan. *World Health Organization (WHO)* menghimpun beberapa negara di dunia untuk sepakat mencapai *Universal Health Coverage (UHC)* pada tahun 2014. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia, mewajibkan setiap penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermutu dalam agar dapat melangsungkan hidup. Pola pembayaran yang diterapkan JKN di fasilitas kesehatan lanjutan (rumah sakit) adalah pola pembayaran *prospektif*. Pola Pembayaran *prospektif* dikenal dengan *Casemix* yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *Casemix* saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di beberapa

negara. Di Negara Cina telah mulai menggunakan Sistem *Casemix* sejak tahun 2009, sebuah penelilian di Xianmen China membuktikan bahwa sistem *Casemix* lebih tepat dalam memperkirakan estimasi pembiayaan sehingga membantu manajemen dalam mengendalikan biaya rumah sakit¹. Di RSUD Bagas Waras dalam melakukan pengelompokan diagnosis kadang mengalami selisih negatif (rugi) antara biaya riil rumah sakit sesuai tarif dengan biaya paket INA-CBGs yang disetujui oleh BPJS. Dari usaha mencari penyebab ditemukan beberapa masalah yang kemungkinan menjadi penyebab terjadinya selisih negatif tersebut antara lain karena mutu koding. Langkah-langkah untuk mengendalikan mutu koding perlu dilakukan oleh RSUD Bagas Waras. Untuk mengetahui apakah pengendalian mutu Koding INA-CBGs tersebut dapat menurunkan Klaim BPJS yang negatif yang disebabkan oleh permasalahan koding maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengendalian mutu Koding INA-CBGs di RSUD Bagas Waras Klaten

II. TINJAUAN LITERATUR

1. Asuransi Kesehatan Di Indonesia

Asuransi atau pertanggung jawaban menurut Undang-Undang No. 2

Tahun 1992, diartikan sebagai perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri pada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian pada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan. Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan ini disebut Jaminan Kesehatan Nasional karena semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang

asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia²

2. Sistem Pembayaran Asuransi ke Rumah Sakit

Sejak tahun 2008, Indonesia telah membayar rumah sakit yang melayani program Jamkesmas dengan sistem pembayaran prospektif yang dikemas dalam bentuk DRG (*Diagnosis-Related Group*). Sistem ini berlanjut ditahun 2014 melalui program Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS Kesehatan akan membayar Rumah sakit berdasarkan besaran yang sudah ditetapkan sesuai dengan diagnosa pasien dengan sistem Ina CBG's (*Case Based Group*) yang di atur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor(440/MENKES/SK/XII/2012) tentang tarif rumah sakit berdasarkan *INDONESIA Case Based Groups (INA-CBGs)*. *Indonesia Case Base Groups (INA-*

CBGs) dianggap lebih universal, dapat dimodifikasi sesuai kebutuhan local dan Intellectual Property (IP) bisa dimiliki. Sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan tiga kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG tahun 2008, tarif INA-CBGs tahun 2013 dan tarif INA-CBGs tahun 2014. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU³. Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate* (HBR) yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*⁴. 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 (Depkes RI 2014). Ketepatan pengkelasan CBGs (*CBGs grouping*) sangat tergantung kepada ketepatan diagnosis utama. Ketidakkuratan kode diagnosis akan mempengaruhi data dan informasi laporan, ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien jamkesmas, jamkesda, jampersal, askes PNS yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) di Indonesia. Apabila petugas kodifikasi (*coder*) salah dalam menetapkan kode diagnosis, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda. Tarif pelayanan kesehatan yang rendah tentunya akan merugikan pihak rumah sakit, sebaliknya tarif pelayanan kesehatan yang tinggi terkesan rumah sakit diuntungkan dari perbedaan tarif tersebut sehingga merugikan pihak penyelenggara jamkesmas maupun pasien⁶.

III. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian tindakan (*Action Research*)⁶. Penelitian ini menggunakan model penelitian tindakan (*Action Research*) dari S Kemmis and R McTaggart yang yang dirancang melalui dua siklus dengan prosedur: (1) perencanaan (*planning*), (2) pelaksanaan tindakan (*action*), (3) pengamatan (*observation*), (4) refleksi (*reflektion*) dalam tiap-tiap siklus. Keempat komponen tersebut dapat digambarkan sebagai berikut⁵. Subyek utama penelitian adalah petugas koding yang berjumlah 4 (empat) orang. Sedangkan Subyek pendukung adalah Direktur, Ketua Komite Medik, Kepala Instalasi Rekam Medis, Ketua Komite Keperawatan, verifikator internal, petugas pengelola SIMRS yang berada di lingkungan RSUD Bagas Waras Kabupaten Klaten. Obyek penelitian adalah berkas klaim BPJS Bulan Bulan Agustus 2016 sampai dengan Januari 2017 yang mempunyai selisih Negatif. Responden penelitian adalah Direktur, Ketua Komite Medik, Kepala Instalasi Rekam Medis, petugas koding, Verifikator Internal, Ketua Komite Keperawatan, Petugas pengelola SIMRS yang berada di lingkungan RSUD Bagas Waras Kabupaten Klaten. Tidak dilakukan sampling

karena seluruh populasi menjadi obyek penelitian. Kriteria Inklusi: Rekam Medis pasien BPJS bulan Desember 2015 – januari 2017, Kriteria eksklusi: Rekam Medis yang rusak. Berdasarkan kerangka konsep yang ada, maka variabel-variabel yang akan diteliti adalah Berkas Klaim BPJS Yang Negatif, Pengendalian Mutu Koding INA-CBGs, Standar Operasional Prosedur, Penyebab Klaim BPJS yang negatif. Analisis data yang di gunakan adalah analisis kualitatif dan analisis kuantitatif.

A. Definisi Operasional

1. Berkas Klaim BPJS Yang Negatif adalah berkas Klaim BPJS yang mempunyai selisih negatif antara biaya riil rumah sakit dengan nilai rupiah paket INA- CBGs.
2. Pengendalian Mutu Koding INA-CBGs adalah Proses merencanakan (*planning*) melakukan tindakan (*acting*), mengamati (*observing*) dan merefleksi (*reflecting*) yang bertujuan untuk mengurangi proporsi klaim BPJS yang negatif karena permasalahan koding.
3. Standar Operasional Prosedur adalah suatu perangkat kerja dalam melakukan proses pengkodean penyakit dan tindakan sesuai dengan ICD X dan ICD IX CM.

4. Permasalahan Koding sebagai Penyebab Klaim BPJS yang Negatif adalah berkas Klaim BPJS yang mempunyai selisih negatif antara biaya riil rumah sakit dengan nilai rupiah paket INA-CBGs yang disebabkan karena permasalahan koding

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Umum RSUD Bagas

Waras Klaten

RSUD Bagas Waras Kabupaten Klaten berdiri pada tanggal 7 Agustus 2014 berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Klaten Nomor 8 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten. Mulai terhitung tanggal 23 Juli 2015, RSUD Bagas Waras Kabupaten Klaten menerima pola penetapan pola tata kelola keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan Keputusan Bupati Klaten Nomor 445/301 Tahun 2015 tentang Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Bagas Waras Kabupaten Klaten. Pola tata kelola keuangan BLUD di RSUD Bagas waras Kabupaten Klaten pada Tahun 2015 dalam masa transisi sedangkan

penggunaan BLUD penuh akan dilaksanakan pada Tahun 2016⁸.

2. Hasil Penelitian

a. Sebelum Intervensi

Sebelum dilakukan intervensi *action reseach* peneliti telah melakukan observasi mengenai selisih negatif Klaim BPJS pada Bulan Agustus yang sebelumnya sudah diterapkannya Standar Operasional Prosedur (SOP) di Instalasi Rekam Medis. Hasilnya menunjukkan bahwa frekuensi Klaim BPJS sebelum Intervensi, yang seluruhnya berjumlah 370 klaim, didapatkan hasil sebagai berikut, yang bernilai sama dengan biaya riil rumah sakit berjumlah 15 klaim atau 4,1 %, yang bernilai positif berjumlah 208 atau 56,2 %, sedangkan yang bernilai negative berjumlah 147 atau 39,7 %. Dari 147 klaim, yang disebabkan karena kesalahan dalam melakukan koding yang berjumlah 70 klaim atau 48 %, yang disebabkan karena *Long Of Stay (LOS)* berjumlah 32 atau 22 %, yang disebabkan karena biaya tindakan medis yang berlebihan berjumlah 25 atau 17 %, sedang yang disebabkan karena Kelebihan Biaya pemeriksaan penunjang berjumlah 20 atau 14 %.

Pada **Siklus I** Peneliti melakukan Intervensi dengan menerapkan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengkodingan Penyakit dan Tindakan di Instalasi Rekam Medis. Setelah dilakukan penerapan SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan pada bulan September, peneliti melakukan Observasi kepada petugas koding mengenai penerapan SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan. Pada Bulan Oktober peneliti menganalisa Klaim BPJS Bulan September 2016 yang disetujui oleh BPJS. Dari hasil Observasi diperoleh bahwa frekuensi Klaim BPJS setelah Intervensi yang berjumlah 419 klaim, yang bernilai sama dengan biaya riil rumah sakit berjumlah 15 klaim atau 3,6 %, yang bernilai positif berjumlah 217 atau 51,8 %, sedangkan yang bernilai negative berjumlah 187 atau 44,6 %. 187 klaim, yang disebabkan permasalahan kesalahan Koding berjumlah 50 klaim atau 27 %, yang disebabkan karena *Long Of Stay (LOS)* berjumlah 82 atau 44 %, yang disebabkan karena biaya tindakan medis yang berlebihan berjumlah 30 atau 16 %, sedang yang disebabkan karena Kelebihan Biaya pemeriksaan penunjang berjumlah 25 atau 13 %.

Setelah dilakukan Intervensi dengan penerapan SOP ternyata justru mengalami peningkatan proporsi klaim yang selisih negative, dari 39,7 % menjadi 44,6 %, akan tetapi penyebab selisih klaim negative yang berasal dari kesalahan koding menurun dari 48 % menjadi 27 %. Untuk mengetahui penyebab masih adanya kesalahan koding pada klaim yang selisih negative peneliti melakukan wawancara kepada seluruh petugas Pengkodingan Penyakit dan Tindakan di Instalasi Rekam Medis untuk mengetahui kemungkinan proporsi selisih klaim negative yang mengalami peningkatan. Pertanyaan pertanyaan yang diajukan oleh peneliti adalah mengenai bagaimana pengetahuan petugas tentang pentingnya SOP, bagaimana pemahaman petugas mengenai langkah-langkah SOP, Bagaimana kepatuhan petugas melaksanakan SOP. Dari hasil wawancara, hanya 1 orang informan yang sudah memahami tentang pentingnya SOP pengkodingan Penyakit dan Tindakan/ Koding , sedangkan 3 informan lainnya belum memahami secara keseluruhan tentang pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan/Koding. Dari hasil

wawancara selanjutnya bahwa belum ada kesepakatan dan pembakuan SOP dari manajemen, sehingga peneliti menyimpulkan bahwa faktor ketidak tegasan Manajemen dalam membakukan sebuah aturan Standar Operasional Prosedur mengakibatkan pelaksanaan SOP belum berdampak nyata hasilnya. Kemudian peneliti juga menanyakan tentang pemahaman langkah-langkah SOP, diketahui bahwa semua informan masih belum paham dan belum bisa menjelaskan langkah-langkah dari SOP pengkodean penyakit dan tindakan walaupun sudah disosialisasikan dan diberikan catatan. Pertanyaan terakhir peneliti adalah mengenai apakah mereka sudah melaksanakan SOP pengkodean penyakit dan tindakan tersebut secara benar dan dapat menjelaskan alasannya, semua informan tidak selalu melaksanakan SOP pengkodean penyakit dan tindakan sesuai langkah-langkah dalam SOP yang sudah dibuat. Dari beberapa informan menyebutkan bahwa kesibukan dan banyaknya pekerjaan yang harus dilaksanakan petugas membuat petugas belum melaksanakan SOP. Beban kerja yang dikerjakan petugas selain melaksanakan pengkodean

penyakit dan tindakan juga melakukan pekerjaan rekam medis yang lainnya karena terbatasnya tenaga di instalasi rekam medis.

Setelah dilakukan intervensi dengan penyusunan SOP pengkodean penyakit dan tindakan, yang memperoleh hasil masih rendahnya pengetahuan dan kepatuhan petugas dalam melaksanakan SOP. Pada Siklus ke dua peneliti melakukan pelatihan mengenai koding untuk petugas koding di RSUD Bagas Waras. Pelatihan dilakukan terhadap 4 orang petugas koding. Berikut adalah hasil wawancara setelah dilakukan pelatihan koding. Pelatihan dilaksanakan pada Bulan Oktober 2016. Kemudian setelah dilakukan pengamatan di Bulan November 2016, peneliti melakukan penilaian proporsi klaim BPJS Bulan November yang selisih negative. Pelaksanaan Reflektif dilakukan pada Bulan Desember 2016 menunjukkan frekuensi Klaim BPJS pada siklus II seluruhnya berjumlah 379 klaim, didapatkan hasil yang bernilai sama dengan biaya riil rumah sakit berjumlah 0 klaim atau 0 %, yang bernilai positif berjumlah 176 atau 46,44 %, sedangkan yang

bernilai negative berjumlah 203 atau 53,56 %.

Setelah dilakukan Intervensi dengan pelatihan ternyata justru mengalami peningkatan Klaim selisih negative, dari 44,63 % di Bulan September menjadi 46,44 % di Bulan November, akan tetapi penyebab klaim bukan hanya dari permasalahan coding akan tetapi disebabkan oleh beberapa hal lain. menunjukkan frekuensi Klaim BPJS selisih negative pada siklus II seluruhnya berjumlah 203 klaim, yang disebabkan permasalahan kesalahan coding berjumlah 5 klaim atau 2,46 %, yang disebabkan karena *Long Of Stay (LOS)* berjumlah 70 atau 34,48 %, yang disebabkan karena biaya tindakan medis yang berlebihan berjumlah 88 atau 43,34 %, sedang yang disebabkan karena kelebihan biaya pemeriksaan penunjang berjumlah 40 atau 19,70 % . Dari data tersebut di atas dapat dilihat bahwa penyebab klaim negative yang berasal dari permasalahan kesalahan coding menurun dari 27 % pada klaim Bulan September menjadi 2,46 % pada klaim Bulan November 2016. Untuk mengetahui penyebab masih adanya kesalahan coding pada klaim selisih negative peneliti

melakukan wawancara kepada seluruh petugas coding di Instalasi Rekam Medis untuk mengetahui kemungkinan mengapa proporsi klaim negative justru menjadi semakin besar. Dari hasil wawancara, sebagian besar (3 orang) informan pada dasarnya sudah tahu dengan jelas mengenai pentingnya SOP pengkodean Penyakit dan Tindakan , sedangkan 1 orang informan lainnya belum sepenuhnya paham tentang arti pentingnya SOP. Dari hasil wawancara semua informan mengatakan sudah ada kesepakatan dan pembakuan SOP akan tetapi belum ada pengawasan pelaksanaannya sehingga peneliti menyimpulkan bahwa faktor kurangnya pemantauan pelaksanaan dari Manajemen penegakan pelaksanaan Standar Operasional Prosedur mengakibatkan pelaksanaan penggunaan SOP belum berdampak nyata hasilnya. Kemudian peneliti juga menanyakan tentang pemahaman langkah-langkah SOP. Dari hasil wawancara diketahui bahwa semua informan sudah paham dan mampu menjelaskan langkah-langkah dari SOP pengkodean penyakit dan tindakan. Pertanyaan terakhir

peneliti adalah mengenai apakah mereka sudah melaksanakan SOP pengkodean penyakit dan tindakan tersebut secara benar dan dapat menjelaskan alasannya. Dari hasil wawancara menunjukkan bahwa 2 orang informan sudah melaksanakan SOP pengkodean penyakit dan tindakan sesuai langkah-langkah dalam SOP yang sudah dibuat tetapi 2 orang informan menyebutkan bahwa faktor kesibukan dan banyaknya pekerjaan yang harus dilaksanakan petugas membuat petugas belum melaksanakan SOP. Beban kerja yang dikerjakan petugas selain melaksanakan pengkodean penyakit dan tindakan juga melakukan pekerjaan rekam medis yang lainnya karena terbatasnya tenaga di instalasi rekam medis.

Pada Siklus ke tiga peneliti melakukan perbaikan atau penyusunan ulang SOP pengkodean penyakit dan tindakan pada Bulan Desember 2016 dengan menambahkan satu langkah yaitu melibatkan verifikator internal dan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya rumah sakit yang dibentuk pada bulan Januari 2017. Setelah itu dilakukan pengamatan pelaksanaan

SOP Koding yang baru pada Bulan Januari 2017. Setelah dilakukan pengamatan peneliti melakukan wawancara kepada informan. Selain melakukan wawancara SOP baru., peneliti melakukan penilaian proporsi klaim BPJS Bulan Januari yang selisih negative. Pelaksanaan Reflekting adalah pada tanggal 6 Februari 2017 karena Klaim yang disetujui BPJS baru diterima rumah sakit pada Tanggal 3 Februari 2017. Hasil Reflekting terhadap proporsi Klaim selisih negative adalah sebagai berikut frekuensi Klaim BPJS pada Siklus III. Klaim BPJS seluruhnya berjumlah 372 klaim, didapatkan hasil yang bernilai sama dengan biaya riil rumah sakit berjumlah 8 klaim atau 2,15 %, yang bernilai positif berjumlah 156 atau 41,93 %, sedangkan yang bernilai negative berjumlah 208 atau 55,91 %. Setelah dilakukan Intervensi dengan memperbaiki SOP ternyata justru mengalami peningkatan proporsi klaim yang selisih negative, dari 46,44 % di Bulan November menjadi 55,91 % di Bulan Januari 2017, akan tetapi penyebab klaim bukan hanya dari permasalahan koding akan tetapi

disebabkan oleh beberapa hal lain. Klaim BPJS yang selisih negative pada Siklus III seluruhnya berjumlah 208 buah klaim, didapat hasil yang disebabkan permasalahan kesalahan Koding berjumlah 2 klaim atau 0,96 %, yang disebabkan karena *Long Of Stay (LOS)* berjumlah 56 atau 26,92 %, yang disebabkan karena biaya tindakan medis yang berlebihan berjumlah 90 atau 43,26 %, sedang yang disebabkan karena kelebihan biaya pemeriksaan penunjang berjumlah 60 atau 28,84 %. Dari data tersebut di atas dapat dilihat bahwa penyebab klaim selisih negative yang berasal dari permasalahan kesalahan koding menurun dari 2,46 % pada klaim Bulan November menjadi 0,96 % pada Klaim Bulan Januari 2017. Untuk mengetahui penyebab masih adanya kesalahan koding pada Klaim negative peneliti melakukan wawancara kepada seluruh petugas pengkodean penyakit dan tindakan di Instalasi Rekam Medis untuk mengetahui kemungkinan mengapa proporsi klaim negative justru menjadi semakin besar. Pertanyaan pertanyaan yang diajukan oleh peneliti adalah mengenai

bagaimana pengetahuan petugas tentang pentingnya SOP, bagaimana pemahaman petugas mengenai langkah-langkah SOP, dan bagaimana kepatuhan petugas melaksanakan SOP. Dari hasil wawancara menunjukkan seluruh informan yang pada dasarnya sudah tahu dengan jelas mengenai pentingnya SOP pengkodean Penyakit dan Tindakan/ Koding. Dari hasil wawancara semua informan mengatakan sudah ada kesepakatan dan pembakuan SOP dan ada pengawasan pelaksanaannya sehingga peneliti menyimpulkan bahwa penegakan aturan pelaksanaan Standar Operasional Prosedur sudah dilakukan walaupun belum berdampak nyata hasilnya terhadap penurunan jumlah klaim selisih negative akan tetapi berdampak nyata pada penurunan permasalahan koding yang menyebabkan klaim selisih negative. Kemudian peneliti juga menanyakan tentang pemahaman langkah-langkah SOP, Dari hasil wawancara diketahui bahwa semua informan sudah paham dan mampu menjelaskan langkah-langkah dari SOP pengkodean penyakit dan tindakan. Pertanyaan terakhir

peneliti adalah mengenai apakah mereka sudah melaksanakan SOP pengkodean penyakit dan tindakan tersebut secara benar dan dapat menjelaskan alasannya. Dari 3 orang informan sudah melaksanakan SOP pengkodean penyakit dan tindakan sesuai langkah-langkah dalam SOP yang sudah dibuat tetapi tetap masih ada 1 orang informan menyebutkan bahwa alasan kesibukan dan banyaknya pekerjaan yang harus dilaksanakan petugas membuat petugas belum melaksanakan SOP. Beban kerja yang dikerjakan petugas selain melaksanakan pengkodean penyakit dan tindakan juga melakukan pekerjaan rekam medis yang lainnya karena terbatasnya tenaga di instalasi rekam medis.

3. Pembahasan

RSUD Bagas Waras merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang dipimpin oleh direktur sebagaimana tertuang dalam Perda Kabupaten Klaten Nomor 10 Tahun 2014. Salah satu tujuan didirikan Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten adalah mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, sehingga dalam

memberikan pelayanan RSUD Bagas Waras selalu mengutamakan kepentingan pasien. Sesuai dengan tujuan, visi dan misi rumah sakit, maka direktur diuntut untuk lebih meningkatkan performa rumah sakit, dari sudut pandang manajemen SDM, manajemen klinis dan manajemen keuangan. Salah satu tantangan yang harus dihadapi oleh direksi adalah bagaimana rumah sakit bisa menghadapi era JKN yang sudah ditetapkan oleh pemerintah pusat, di mana seluruh RSUD di Indonesia wajib melayani dan tidak boleh menolak pasien JKN kecuali dalam kondisi penuh. BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013⁴.

Disisi lain dengan perubahan cara pembiayaan harus diikuti dengan

perubahan pemikiran dan perilaku para klinisi yaitu dari cara pembayaran fee for service menjadi pembayaran paket (INA CBGs). Pada mulanya rumah sakit di Indonesia umumnya didirikan dengan tujuan sosial tanpa terlalu mempertimbangkan segi ekonominya. Pada masa itu kebanyakan rumah sakit mendapat subsidi dari pemerintah maupun dari badan misi sosial keagamaan baik dari dalam negeri maupun bantuan dari luar negeri. Fungsi sosial berarti bahwa sebuah rumah sakit harus melayani pasien atas dasar kebutuhan mediknya dan tidak berdasarkan kemampuan pasien untuk membayar. Fungsi ekonomi berarti rumah sakit harus memikirkan keuntungan dengan melaksanakan manajemennya, termasuk manajemen keuangan dan pembiayaannya mengikuti kaidah-kaidah ekonomi dengan memperhitungkan biaya yang realistis dan rasional. Dalam perkembangannya rumah sakit di samping menjalankan fungsi sosial juga menjalankan fungsi ekonomis sekaligus. Dengan demikian untuk mempertahankan operasional rumah sakit, maka rumah sakit harus mencari keseimbangan antara fungsi sosial dan fungsi ekonomi (Gani, 2002). Mutu pelayanan rumah sakit dapat dilihat

dari segi aspek-aspek sebagai berikut : aspek klinis (pelayanan dokter, perawat dan terkait teknis medis), aspek efisiensi dan efektifitas pelayanan, keselamatan pasien, dan kepuasan pasien. Beberapa indikator untuk mengetahui mutu efisiensi rumah sakit antara lain : pemanfaatan tempat tidur, pemanfaatan tenaga, pemanfaatan penunjang medik, dan keuangan. Indikator pemanfaatan tempat tidur sendiri yang mudah kita lihat dan kita ketahui adalah melalui angka BOR/ Bed Occupancy Rate, BTO/ Bed Turn Over, ALOS/ Average Length Of Stay, TOI/ Turn Over Interval (Sabarguna, 2004). Dalam pelaksanaan kegiatannya rumah sakit didukung oleh sumber daya manusia, baik tenaga medis seperti dokter, perawat, radiologi, laboratorium maupun tenaga non-medis seperti bagian administrasi, keuangan, rumah tangga, umum dan personil lainnya. Di beberapa negara di eropa, pembayaran dengan menggunakan sistem DRG's sudah di terapkan, hal ini bisa meningkatkan transparansi dan efisiensi bagi rumah sakit⁹.

Sistem pembayaran berbasis DRG diadopsi pada Kongres AS untuk pasien Medicare pada tahun 1983, dan sejak itu telah menjadi sarana utama

penghasilan rumah sakit di sebagian besar negara-negara industri. Sistem DRGs adalah suatu sistem pengklasifikasian pasien yang paling banyak digunakan di Negara Eropa, namun meskipun banyak kesamaan, sistem di masing-masing negara yang sangat unik. DRGs juga digunakan untuk berbagai tujuan yang dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu (i) meningkatkan transparansi, (ii) mendorong efisiensi dan (iii) mendukung rumah sakit di bidang management. Sistem pembayaran berbasis DRG pada prinsipnya dibangun di atas dua elemen: (i) mendefinisikan yang DRGs, yaitu menetapkan layanan rumah sakit diserahkan kepada pasien individu untuk-perusahaan kelompok rable, dan (ii) menentukan berat atau harga untuk masing-masing kelompok⁹.

Pola pembayaran *Case Based Groups* merupakan salah satu pola pembayaran prospektif kepada FKRTL berupa pengelompokkan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBGs Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PerMenkes)

Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada FKTP dan FKRTL dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Tarif INA-CBGs dalam Jaminan Kesehatan Nasional Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program JKN per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI dengan beberapa prinsip, salah satunya adalah tarif dikelompokkan menurut tipe dan kelas rumah sakit, yaitu terdiri dari: tarif rumah sakit kelas A, tarif rumah sakit kelas B, tarif rumah sakit kelas B pendidikan, tarif rumah sakit kelas C, tarif rumah sakit kelas D, tarif rumah sakit khusus rujukan Nasional, tarif rumah sakit umum rujukan Nasional⁴. Di beberapa Rumah Sakit di New York, sistem pengkodean sangat di perhatikan, termasuk bagaimana membuat diagnosis sekunder. Salah satu indikator keberhasilan dalam melakukan pengkodean diagnosis adalah bahwa hasil nilai nominal yang di dapatkan lebih rendah di bandingkan tarif rumah sakit. Dalam penelitian yang di lakukan di beberapa rumah sakit di New York menyatakan bahwa akurasi data yang di tuliskan dokter di rekam medis sangat mempengaruhi hasil pengkodean (Pavani Rangachari, 2008).

Pada penelitian ini di dapatkan bahwa jumlah klaim negatif pasien BPJS mengalami peningkatan tetapi tidak cukup signifikan. Hal ini di sebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor kesalahan koding, faktor *Long Of Stay (LOS)*, faktor biaya tindakan medis yang berlebihan dan faktor kelebihan biaya pemeriksaan penunjang. Salah satu tujuan koding diagnosis yang sangat penting adalah Menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran/penagihan biaya yang dijalankan /diaplikasi. Salah satu dasar dalam pengkodean diagnosis di suatu Rumah Sakit adalah kelengkapan rekam medis, karena rekam medis merupakan naskah-naskah atau berkas-berkas yang berisikan catatan atau dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan , pengobatan, tindakan dan penyakit lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Selain sebagai bukti hukum yang dapat memberikan perlindungan hukum terhadap pasien provider kesehatan (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan, rekam medis juga bermanfaat dalam hal keuangan/Financial, yaitu setiap jasa yang diterima oleh pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar akan dapat

digunakan untuk menghitung biaya yang harus dibayar pasien, selain itu juga jenis dan jumlah kegiatan pelayanan yang tercatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan¹⁰. Menurut Depkes RI, 2008 sebagian besar rumah sakit di Indonesia yang menerapkan sistem *case mix / INA-CBG's* belum dapat membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengkodeannya. Apabila informasi yang dicantumkan pada dokumen rekam medis penulisannya tidak lengkap, maka kemungkinan kode diagnosis juga tidak akurat dan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan. Ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi data dan informasi laporan, ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien jamkesmas, jamkesda, jampersal, askes PNS yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) di Indonesia. Apabila petugas kodefikasi (*coder*) salah dalam menetapkan kode diagnosis, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda. Tarif pelayanan kesehatan

yang rendah tentunya akan merugikan pihak rumah sakit, sebaliknya tarif pelayanan kesehatan yang tinggi terkesan rumah sakit diuntungkan dari perbedaan tarif tersebut sehingga merugikan pihak penyelenggara jamkesmas maupun pasien⁵.

Menurut Widayanti (2016) Tingkat ketidaksesuaian kode diagnosis rawat jalan pada rekam medis rawat jalan dan software INA CBGs mencapai 22%. Selama ini yang terjadi dalam pembiayaan kesehatan pasien di sarana pelayanan kesehatan adalah dengan *Fee-for-service* (FFS), yaitu Provider layanan kesehatan menarik biaya pada pasien untuk tiap jenis pelayanan yang diberikan. Setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tarif yang ada di Rumah Sakit. Tarif ditentukan setelah pelayanan dilakukan. Dengan sistem *fee for service* kemungkinan moral *hazart* oleh pihak rumah sakit relatif besar, karena tidak ada perjanjian dari awal antara pihak rumah sakit dengan pasien, tentang standar biaya maupun standar lama waktu hari perawatan (*length of stay*). Sistem INA-CBG's, mengantisipasi hal-hal semacam itu terus terjadi, dengan INA-CBG's rumah sakit dituntut memberikan

pelayanan sesuai standar, dan yang paling penting tak mengejar profit semata.

Di RSUD Bagas Waras penyebab dari ketidak tepatan dalam pengkodean adalah karyawan belum memahami secara keseluruhan sistem koding yang baik dan benar, serta belum berjalan nya sistem monitoring dan evaluasi pengkodean, sehingga rumah sakit perlu melakukan pendampingan pengkodean disgnosis mulai dari inpute data, proses dan output diagnosis yang dilakukan oleh tim rekam medis. Data yang di masukan ke dalam Grouper yang nantinya menjadi output INA-CBGs haruslah merupakan data yang berkualitas. Penting nya data berkualitas ini tidak bisa dikesampingkan, karena data tersebut menyediakan sarana komunikasi bagi dokter dan tim layanan kesehatan, menyediakan dasar untuk mengevaluasi kecakapan dan kesesuaian layanan, menyediakan dasar untuk memperkuat klaim pembayaran kembali, serta melindungi kepentingan hukum pasien, fasilitas, dan dokter. Ketepatan pengkelasan CBGs (*CBGs grouping*) sangat tergantung kepada ketepatan diagnosis utama. Diagnosis utama akan menentukan MDC (*Major Diagnostic*

Category) atau sistem organ yg terlibat. Tingkat keparahan penyakit (*severity level*) ditentukan oleh diagnosis sekunder, prosedur dan umur pasien. Ketepatan jumlah biaya rawatan pasien ditentukan oleh ketepatan pengkelasan CBGs dan pemilihan diagnosis Mengikuti standar resmi WHO dalam pengkodean diagnosis (*WHO Morbidity Reference Group*) mengikuti standar resmi aturan koding ICD X dan ICD 9-CM. Di beberapa rumah sakit di eropa menjelaskan bahwa, selain ketepatan dalam pengkelasan diagnosis, keputusan klisis yang di lakukan oleh dokter sangat mempengaruhi keberhasilan dalam pengkodean⁹. Di negara-negara Eropa sudah mulai memperkenalkan pembayaran rumah sakit berdasarkan DRGs. Paket DRGs diperkirakan dapat meningkatkan efisiensi rumah sakit karena asuransi memberikan insentif bagi rumah sakit untuk membatasi layanan per pasien dan terapi yang di berikan kepada pasien. Rumah sakit juga menyediakan berbagai layanan untuk setiap pasien tetapi hal ini mengakibatkan pengobatan yang tidak perlu di lakukan atau tidak sesuai dengan indikasi klinis dan pasien mengabaikan biaya pengobatan⁷.

Paket layanan kesehatan yang didapat pasien merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan. Di dalamnya mencakup jenis obat dan kelas perawatan bila harus menjalani rawat inap. Sistem ini sangat efisien sehingga ada standar mutu pelayanan yang seragam bagi warga yang membutuhkan. Konsep INA-CBG's disusun Kementerian Kesehatan, sistem pembayaran ini akan diterapkan di seluruh Indonesia. Berbeda dengan program jaminan kesehatan yang pernah ada sebelumnya, INA-CBG's dapat dikontrol dengan lebih baik. Perbedaan paling mendasar adalah ada atau tidaknya standar layanan kesehatan dimana dulu, klaim yang diajukan rumah sakit tidak terkontrol. Model paket pelayanan esensial rumah sakit itu seolah-olah tidak ada batasan klaim pasien hingga berpengaruh di pelayanan yang bervariasi atau tidak merata.

Pembayaran dengan menggunakan koding Diagnosis INA-CBGs merupakan suatu proses pengklasifikasian data (diagnoses) & Penentuan code (sandi) nomor/alfabet/ atau alfanumerik untuk mewakilinya. 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 numerik⁹.

Dalam meningkatkan kemampuan pengkodean diagnosis, rumah sakit bagas waras terus berupaya meningkatkan kemampuannya dalam mengaplikasikan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS). SIRS merupakan suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. Salah satu manfaat SIRS adalah memiliki kemampuan komunikasi data (interoperabilitas) dengan Indonesia Case Base Group's (INA CBG's) (Kemenkes ,2013). Aplikasi INA-CBG's menyediakan fitur import.

Fitur import digunakan untuk memasukan data secara masal dari SIRS dalam bentuk file text dengan struktur tertentu. Tidak penting cara menggunakan software tersebut, misalnya dengan membuat file text untuk dilakukan import data, yang terpenting adalah isi dari file text memenuhi syarat dengan standar yang telah ditentukan¹⁰.

Peranan manajemen sangat besar terhadap keberhasilan suatu usaha perusahaan, dewasa ini manajemen tumbuh berkembang menjadi salah satu ilmu yang penting dan mutlak dibutuhkan oleh setiap perusahaan. Semakin besar perusahaan, akan semakin besar pula jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan akibatnya peranan manajemen akan bertambah besar pula. Manajemen hanya merupakan alat untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Manajemen yang baik akan memudahkan terwujudnya tujuan perusahaan, karyawan dan masyarakat. Dengan manajemen, daya guna dan hasil guna unsur-unsur manajemen akan dapat ditingkatkan. Adapun unsur-unsur manajemen itu terdiri dari: man, money, methode, machines, materials, dan market.

Selain itu, RSUD Bagas waras belum menerapkan fungsi-fungsi

menejemen Rs dengan baik. Adapun fungsi-fungsi manajemen Menurut Sondang P Siagian dalam Malayu Hasibuan (2005:11) yang diterapkan dalam bidang sumber daya manusia adalah Planning (perencanaan), Organizing (mengorganisasikan), Motivating (memotivasi), Controlling (mengendalikan), Evaluating (mengevaluasi).

Dalam menurunkan klaim negatif, seluruh pegawai RSUD Bagas Waras terutama dokter harus memiliki pengetahuan yang cukup mengenai Casemix dan INA-CBG's. Mereka juga harus mendapatkan keahlian yang cukup untuk mengimplementasikan sistem casemix secara tepat di rumah sakit. Mereka harus merubah pemikiran mereka dari biaya untuk pelayanan yang biasa dilakukan, menuju pembiayaan prospektif dimana pembayaran untuk pasiendi berikan dalam bentuk paket. Pembentukan kapasitas yang berkesinambungan dalam casemix harus dapat diimplementasikan. Terdapat empat kelompok kerja di dalam rumah sakit yang berada di bawah komite pengendalian casemix rumah sakit yaitu Kelompok pengkodean klinis,

Kelompok pembiayaan casemix, Kelompok IT casemix, Kelompok jalur klinis³. Dalam persiapan casemix, seluruh pegawai rumah sakit terutama dokter harus memiliki pengetahuan yang cukup mengenai casemix dan INA-CBG's. Mereka juga harus mendapatkan keahlian yang cukup untuk mengimplementasikan sistem casemix secara tepat di rumah sakit. Mereka harus merubah pemikiran mereka dari biaya untuk pelayanan yang biasa dilakukan, menuju pembiayaan prospektif dimana pembayaran untuk pasien di berikan dalam bentuk paket. Pembentukan kapasitas yang berkesinambungan dalam casemix harus dapat di implementasikan, yang tentu saja melibatkan konsultan dan pelatihan. Strategi yang bisa dilakukan RSUD Bagas waras dalam menurunkan jumlah klaim negatif adalah

1. Meminta dukungan dari pihak manajemen (Top Management)

Rumah sakit yang benar benar serius dalam melakukan pencatatan dengan standar penyesuaian casemix, harus mendirikan unit casemix khusus. Unit ini akan melibatkan kedalam kebutuhan

sumber daya manusia dan keuangan untuk mengimplementasikan casemix di RSUD Bagas Waras. Unit casemix harus menyediakan sarana dan prasarana yang berkelanjutan.

2. Mempersiapkan komite pengendalian casemix dalam Rumah Sakit

Komite casemix bertanggungjawab untuk melibatkan seluruh pegawai di Rumah Sakit Bagas Waras dan memberikan prioritas yang tinggi terhadap pelatihan. Komite ini bertanggungjawab untuk melatih seluruh pegawai termasuk perawat, dokter, dan petugas pencatatan rekam medis. Peranan komite pengendalian ini termasuk dalam menentukan tujuan dari pengimplementasian sistem casemix, untuk mengajukan kebijakan yang terkait dengan penggunaan casemix, melakukan pembelian program casemix grouper serta mencari sumber daya keuangan.

3. Menggunakan data yang dikumpulkan secara rutin

Untuk mengumpulkan data yang digunakan hanya yang relevan saja, sehingga tidak menambah beban kerja dokter atau perawat.

4. Menggunakan sistem IT yang tersedia dalam rumah sakit

RSUD Bagas Waras harus memulai dengan memanfaatkan sistem IT apapun yang telah tersedia. Pengembangan dapat dilakukan pada sistem yang sudah tersedia, jika sistem itu tidak memadai bagi implementasi sistem casemix¹⁰.

V. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Penyebab berkas klaim BPJS yang negative sebelum dilakukan pengendalian koding INA-CBGs di RSUD Bagas Waras adalah belum terdapat Standart Operasional Prosedur (SPO) dalam melakukan Pengkodingan Penyakit dan Tindakan Berkas Klaim BPJS, Penyebab berkas klaim BPJS yang negative setelah dilakukan pengendalian koding INA-CBGs di RSUD Bagas Waras adalah karyawan belum meahami secara keseluruhan sistem koding yang baik dan benar, serta belum berjalannya sistem monitoring dan evaluasi pengkodingan, Penyebab berkas klaim BPJS yang negative yang disebabkan permasalahan koding sebelum dilakukan pengendalian koding INA-CBGs di RSUD Bagas Waras adalah manajemen belum terlibat secara

penuh dalam melakukan pendampingan pengkodean diagnosis mulai dari input data, proses dan output diagnosis. Berdasarkan hasil penelitian maka peneliti memberikan saran Pihak manajemen harus terlibat langsung dalam mengimplementasikan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) khusus penerapan sistem pengkodean di unit Rekam Medis, Mengadakan pelatihan pengkodean untuk tenaga Rekam Medis, Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengkodean di Unit Rekam Medis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Zeng, Y. H. (2016). Developing case-mix standards with the Diagnosis-related Groups for payment reforms and hospital management in China: A case study in Xiamen city. *International Journal of Healthcare*, 2(1), p102.
2. Kemenkes. (2013). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 455/MENKES/SK/XI/2013*.
3. Aljunid, P. D. (2014). *Sistem Casemix Untuk Pemula, Konsep dan Aplikasi Untuk Negara Berkembang (Penerapan di Indonesia)*. Sistem Casemix Untuk Pemula, Konsep dan Aplikasi Untuk Negara Berkembang (Penerapan di Indonesia), CV Energy Printing , ISBN 978-967-11933-1-0, Edisi Cetakan ke 2
4. Binsasi, E. (2016). MODEL BESAR KLAIM (SEVERITY) YANG DIAJUKAN RUMAH SAKIT KEPADA BPJS KESEHATAN. *SAINTEKBU*, 8(2). *SAINTEKBU: Jurnal Sains dan Teknologi* Volume 8 no.2 Februari 2016 ISSN : 1979-7141 31
5. Pujihastuti, A. &. (2014). Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 2
6. Creswell, J. (2012). *Qualitative Research Narrative Structure.pdf*. In *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*, Third Edition. Creswell, J., 2012. Creswell (2013) *Qualitative Research Narrative Structure.pdf*. In *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*, Third Edition. pp. 220–230.
7. Kemmis S., & McTaggart, R (2005). *Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere*. Sage Publications Ltd
8. Profil Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bagas Waras Klaten, 2016
9. Busse, R. (2013). Hospitals in most European countries are paid on the basis of diagnosis related groups.
10. Nofitasari, S. T. (2010). Analisis Lama Perawatan (Los) Partus Seksio Caesarea pada Pasien Jamkesmas Rawat Inap Berdasarkan Ina– Cbg’s di Rumah

Sakit Islam Sultan Agung
Semarang Tahun 2010.
11. Depkes. (2014). PERATURAN
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 27 TAHUN 2014
TENTANG PETUNJUK TEKNIS
SISTEM INDONESIA CASE
BASE GROUPS (INA-CBGs)