

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **1. Sejarah Singkat 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. Beralamat di Jln. Ir. Soekarno Km.2 Buntalan Klaten Tengah Klaten Jawa Tengah , Telp. (0272) 3359188, Fax (0272) 335966 dengan luas tanah 55.000 m<sup>2</sup> dan luas bangunan ±10.415 m<sup>2</sup>. Berdasarkan pasal 1 ayat (5) dalam Peraturan Daerah Kabupaten Klaten Nomor 10 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C Kabupaten Klaten menyatakan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C Kabupaten Klaten dengan status kepemilikan merupakan milik Pemerintah Daerah Kabupaten Klaten.

RSUD Bagas Waras Kabupaten Klaten merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang dipimpin oleh direktur sebagaimana tertuang dalam Perda Kabupaten Klaten Nomor 10 Tahun 2014. 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 2016.

Berdasarkan Keputusan Kepala Kantor Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Nomor 503.24/002/OP/2015/29 tentang Pemberian Izin Operasional Rumah Sakit, Kepala Kantor Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu memutuskan memberikan Izin Operasional Rumah Sakit Umum Kelas C kepada RSUD Bagas Waras pada tanggal 30 September 2015. Masa berlaku Izin Operasional selama 5 (lima) tahun ( 30 September 2015 s/d 30 September 2020).

#### 1. Azas, Tujuan, Visi dan Misi

Azas dan Tujuan RSUD Bagas Waras Kabupaten Klaten yang digunakan adalah perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan non diskriminatif dan norma-norma agama.

Tujuan didirikan Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten adalah:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumberdaya manusia rumah sakit dan rumah sakit.

Visi.

" Rumah Sakit Yang Unggul Dalam Pelayanan, Paripurna serta Berkeadilan "

Misi.

1. Mengutamakan keselamatan pasien.
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau dan berkeadilan.
3. Tempat pelayanan rujukan kesehatan yang paripurna dan terintegrasi.
4. Mendekatkan jangkauan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
5. Mengutamakan pemenuhan kebutuhan anak dalam layanan kerumahsakit.

### 3. Layanan di RSUD Bagas Waras Klaten

Saat ini, RSUD Bagas Waras Klaten mengalami perkembangan yang cukup signifikan yaitu penambahan jumlah layanan dan jumlah tempat tidur. Pada Awal 2017 jumlah tempat tidur sebagai berikut :

1. Rawat Inap :
  - a. VIP : 12 Tempat Tidur
  - b. Kelas I : 20 Tempat Tidur
  - c. Kelas II : 24 Tempat Tidur
  - d. Kelas III : 111 Tempat Tidur
2. ICU : 6 Tempat Tidur
3. PICU/NICU : 9 Tempat Tidur
4. Isolasi : 5 Tempat Tidur

### 4. Gambaran Umum Tenaga Kerja

Data ketenagaan pada tahun 2016 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.3 Data Ketenagaan di RSUD Bagas Waras

No	Tenaga Kesehatan	Total (L+P)
1	Dokter Spesialis	10
2	Dokter Umum	9
3	Dokter Gigi	2
4	Dokter Spesialis Gigi	-
5	Bidan	28
6	Perawat	133
7	Perawat Gigi	2
8	Tenaga Teknis Kefarmasian	7
9	Apoteker	8
10	Kesehatan Masyarakat	1
11	Kesehatan Lingkungan	3
12	Nutrisionis	3
13	Dietisien	-
14	Fisioterapis	4
15	Okupasi Terapis	-
16	Terapis Wicara	-
17	Akupuntur	-
18	Radiografer	3
19	Radioterapis	-
20	Teknisi Elektromedis	7
21	Teknisi Gigi	-
22	Analisis Kesehatan	3
23	Refraksionis Optisien	-
24	Ortetik Prostetik	-
25	Rekam Medis dan Informasi Kesehatan	9
26	Teknisi Transfusi Darah	-
27	Teknisi Kardiovaskuler	-
28	Pengelola Program Kesehatan	-
29	Tenaga Kesehatan Lainnya	69
30	Pejabat Struktural	14
31	Staf penunjang administrasi	39
32	Staf Penunjang Teknologi	2
33	Staf Penunjang Perencanaan	2
34	Tenaga Pendidik	-
35	Tenaga Kependidikan	-
<b>TOTAL</b>		<b>358</b>

Karakteristik responden penelitian berdasarkan jenis kelamin, umur, latar belakang pendidikan dan jabatan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.4 Karakteristik Responden Penelitian

NO	Karakteristik Responden	Jumlah	Presentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	Laki -laki	2	22.22%
	Perempuan	7	77.78%
2	Umur		
	21 - 25 tahun	5	55.56%
	26 - 30 tahun	2	22.22%
	31 - 35 tahun	2	22.22%
3	Pendidikan		
	D III Rekam Medis	8	88.89%
	S I Rekam Medis	1	11.11%
4	Jabatan		
	Kepala Instalasi	1	11.11%
	Perekam Medis/SEP	4	44.44%
	Petugas Koding	4	44.44%

Sumber : Laporan kepegawaian 2016

Tabel 4.3 menginformasikan bahwa petugas kesehatan di Instalasi Rekam Medis berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah perempuan yaitu sebanyak 7 orang atau sebesar 77,78 %, berdasarkan usia sebagian besar berusia produktif 21-25 tahun yaitu sebanyak 5 orang atau sebesar 55,56 % dengan latar belakang pendidikan DIII Rekam Medis sebanyak 8 orang atau sebesar 88,89 % dan yang bertugas sebagai petugas koding adalah sebanyak 4 orang atau sebesar 44,44 %

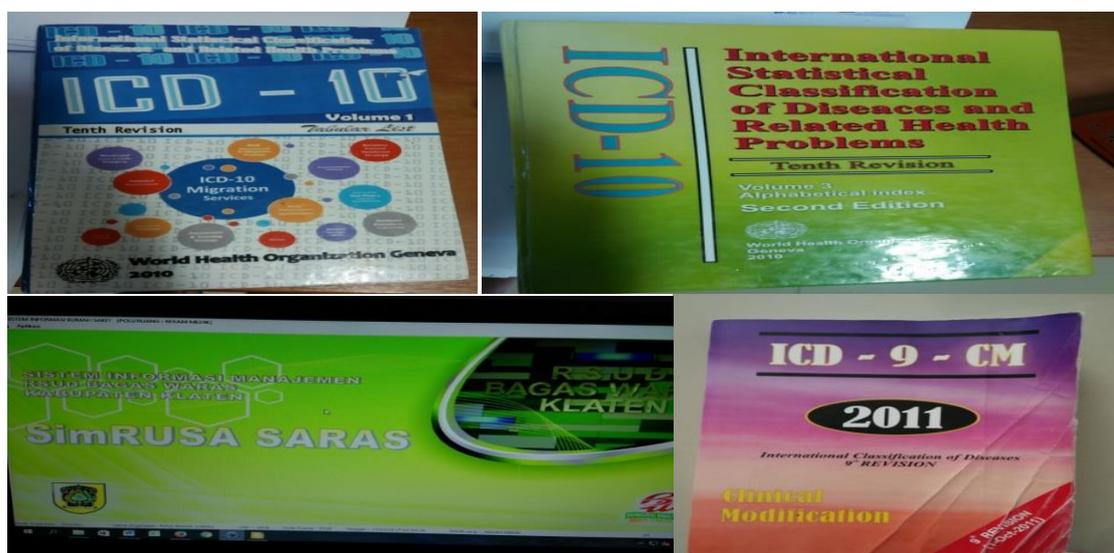
#### 5. Fasilitas Koding di Instalasi Rekam Medis

Pihak manajemen RSUD Bagas Waras telah mengupayakan fasilitas untuk menunjang pelaksanaan *Koding*. Berikut ketersediaan sarana pendukung yang telah diupayakan oleh pihak manajemen :

Tabel 4.5 Daftar Fasilitas dan Peralatan Koding

No	Alat	Fungsi
1	Buku ICD 10	Mengkode Diagnose
2	Buku ICD 9 CM	Mengkode Tindakan
3	Daftar penyakit yang sering muncul	Membantu Pengkodingan Diagnose
4	Komputer	Mempermudah mencari kode Diagnose
5	SIM RS	Mempermudah mencari identitas pasien
6	Jaringan Internet	Membantu Komunikasi dan Informasi penyakit
7	Telepon	Alat Komunikasi
8	Alat Tulis	Menuliskan Koding

Sumber ; Laporan aset 2016



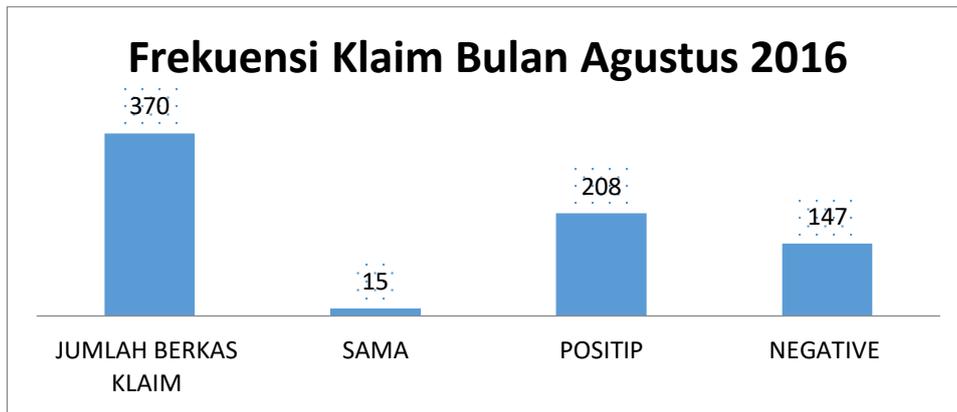
Gambar 4.1 Fasilitas Koding di Instalasi Rekam Medis

## B. HASIL PENELITIAN

### 1. 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.

Grafik 4.1 Frekuensi Klaim BPJS pada bulan Agustus 2016

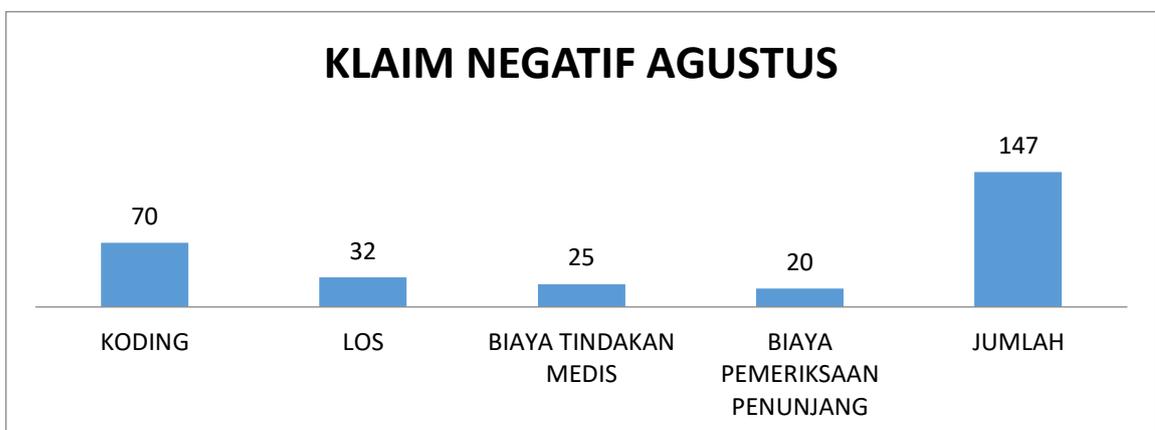


Sumber : Data Primer 2016

Grafik 3.1 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 negatif berjumlah 147 atau 39,7%.

Dari 147 Klaim BPJS dengan selisih negatif peneliti mencari penyebabnya. Dari hasil observasi didapatkan hasil sebagai berikut :

Grafik 3.2 Frekuensi penyebab Klaim Negatif



Sumber : Data Primer 2016

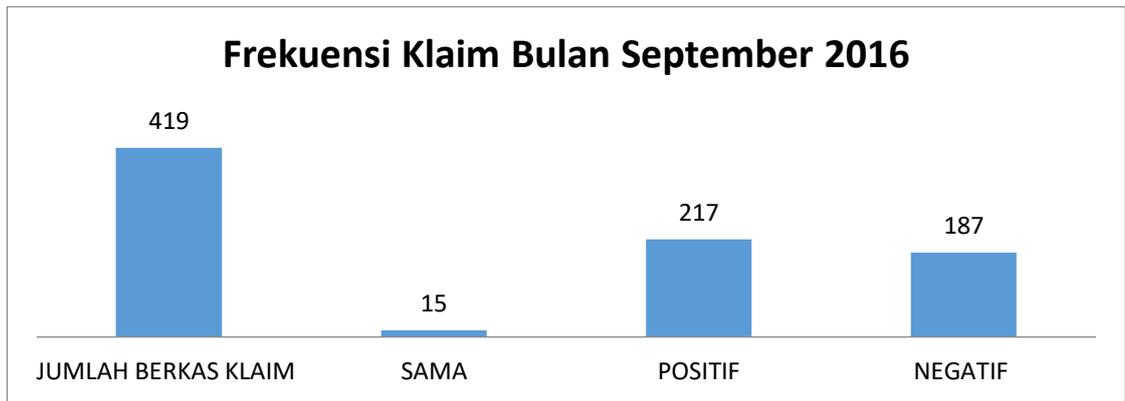
Grafik 3.2 menunjukkan bahwa frekuensi Klaim BPJS yang selisih negatif sebelum intervensi seluruhnya berjumlah 147 klaim, yang disebabkan karena kesalahan dalam melakukan koding yang berjumlah 70 klaim atau 48 %, yang disebabkan karena *Long Of Stay (LOS)* berjumlah 32 atau 22 %, yang disebabkan karena biaya tindakan medis yang berlebihan berjumlah 25 atau 17 %, sedang yang disebabkan karena Kelebihan Biaya pemeriksaan penunjang berjumlah 20 atau 14 %

Sebelum dilakukan intervensi peneliti melakukan observasi mengenai Standard Operasional Prosedur ( SOP ) Pengkodingan Penyakit dan Tindakan di Instalasi Rekam Medis, dari hasil observasi sebelum intervensi didapatkan bahwa belum terdapat Standart Operasional Prosedur dalam melakukan Pengkodingan Penyakit dan Tindakan Berkas Klaim BPJS.

## **2. 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 menganalisis Klaim BPJS Bulan September 2016 yang disetujui oleh BPJS. Dari hasil Observasi diperoleh hasil perbandingan klaim BPJS dengan biaya riil rumah sakit sebagai berikut :

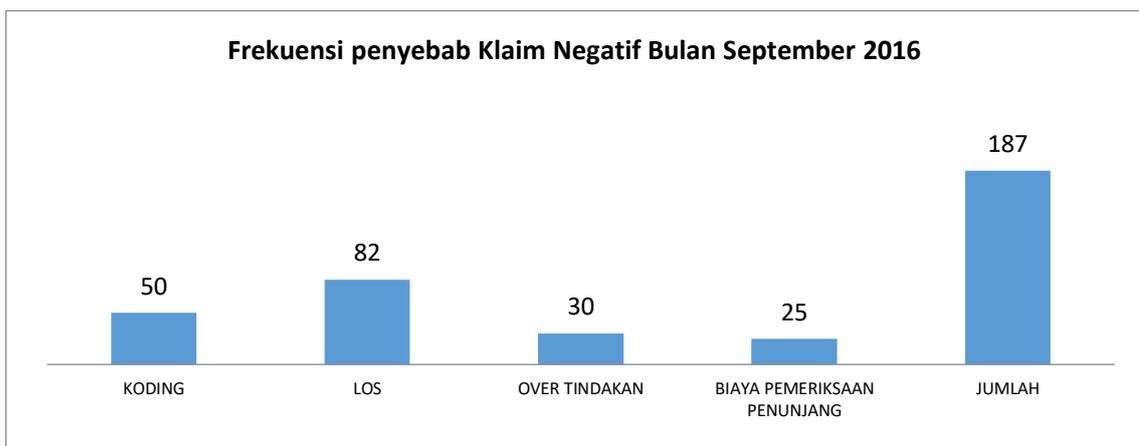
Grafik 3.3.Frekuensi Klaim BPJS Pada Bulan September 2016



Sumber : Data Primer 2016

Grafik 3.3 menunjukkan bahwa frekuensi Klaim BPJS setelah Intervensi yang berjumlah 419 klaim, didapatkan hasil bahwa 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 negatif berjumlah 187 atau 44,6 %. Dari jumlah 187 Klaim BPJS yang selisih negatif peneliti mencari penyebab dari selisih klaim yang negatif. Dari hasil observasi didapatkan hasil sebagai berikut :

Grafik 3.4 Frekuensi penyebab Klaim Negatif Bulan September 2016



Sumber : Data Primer 2016

Grafik 4.4 menunjukkan bahwa frekuensi Klaim BPJS yang negatif pada siklus I seluruhnya berjumlah 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 negatif, dari 39,7 % menjadi 44,6 %, akan tetapi penyebab selisih klaim negatif yang berasal dari kesalahan koding menurun dari 48 % menjadi 27 %.

Untuk mengetahui penyebab masih adanya kesalahan koding pada klaim yang selisih negatif peneliti melakukan wawancara kepada seluruh petugas Pengkodingan Penyakit dan Tindakan di Instalasi Rekam Medis untuk mengetahui kemungkinan proporsi selisih klaim negatif 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. Berikut adalah rangkuman dari hasil wawancara mengenai pengetahuan pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan pada petugas.

Tabel 4.6. Hasil Wawancara pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan Siklus I

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Pengetahuan pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan/Koding	Tahu dan jelas	Tahu	Tahu sedikit	Tahu sebagian
	Acuan bagi petugas melakukan Tindakan koding	Acuan melakukan kegiatan	Syarat Akreditasi	pedoman kerja
	SOP belum di sepakati dan dibakukan	SOP tidak di tanda tangani	SOP belum sempat dibaca	SOP belum dibakukan

Sumber : Data Primer 2016

Dari hasil wawancara pada tabel 4.6, 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 kepada semua informan di dapatkan bahwa belum ada kesepakatan dan pembakuan SOP dari menejemen, sehingga peneliti menyimpulkan bahwa faktor ketidak tegasan Managemen dalam membakukan sebuah aturan Standar Operasional Prosedur mengakibatkan pelaksanaan SOP belum berdampak nyata hasilnya. Kemudian peneliti juga menanyakan tentang pemahaman langkah-langkah SOP, berikut adalah rangkuman jawaban dari beberapa informan :

Tabel 4.7. Hasil wawancara pemahaman langkah-langkah SOP

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Pemahaman Langkah-Langkah dalam SOP	paham sedikit	Paham sedikit	Tidak hafal jika tidak melihat tulisannya	Tidak Hafal jika tidak melihat catatan
	belum bisa menjelaskan	belum bisa menjelaskan	belum bisa menjelaskan	belum bisa menjelaskan

Sumber : Data Primer 2016

Dari hasil wawancara pada tabel 4.7 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. sehingga peneliti menyimpulkan bahwa faktor kurangnya pengetahuan petugas tentang langkah-langkah pengkodean penyakit dan tindakan mempengaruhi hasil koding klaim BPJS. Pertanyaan terakhir peneliti adalah mengenai apakah mereka sudah melaksanakan SOP pengkodean penyakit dan tindakan tersebut secara benar dan dapat menjelaskan alasannya. Berikut adalah rangkuman jawaban yang di dapat.

Tabel 4.8 Hasil wawancara pelaksanaan SOP pengkodean penyakit dan tindakan Siklus I

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Kepatuhan pelaksanaan SOP pengkodean penyakit dan Tindakan dan alasannya	belum melaksanakan	hanya kadang-kadang melaksanakan	kadang-kadang	jarang
	Lupa	Sibuk Banyak klaim kurang waktu kerja	Repot banyak pekerjaan	malas melihat catatan

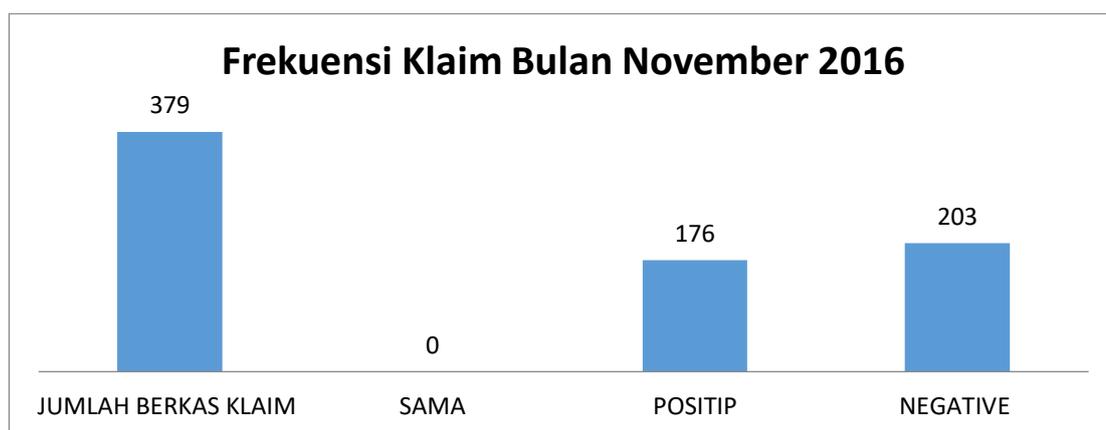
Sumber : Data Primer 2016

Dari hasil wawancara pada table 4.8 menunjukkan bahwa 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.

### **3. Siklus II**

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. Setelah dilakukan pelatihan peneliti melakukan pengamatan pelaksanaan koding pada Bulan November 2016. Kemudian setelah dilakukan pengamatan di Bulan November 2016, peneliti melakukan penilaian proporsi klaim BPJS Bulan November yang selisih negatif. Pelaksanaan Refleking dilakukan pada Bulan Desember 2016 karena Klaim yang disetujui BPJS baru dikeluarkan BPJS pada Bulan Desember 2016. Hasil Refleking terhadap proporsi Klaim selisih negatif adalah sebagai berikut :

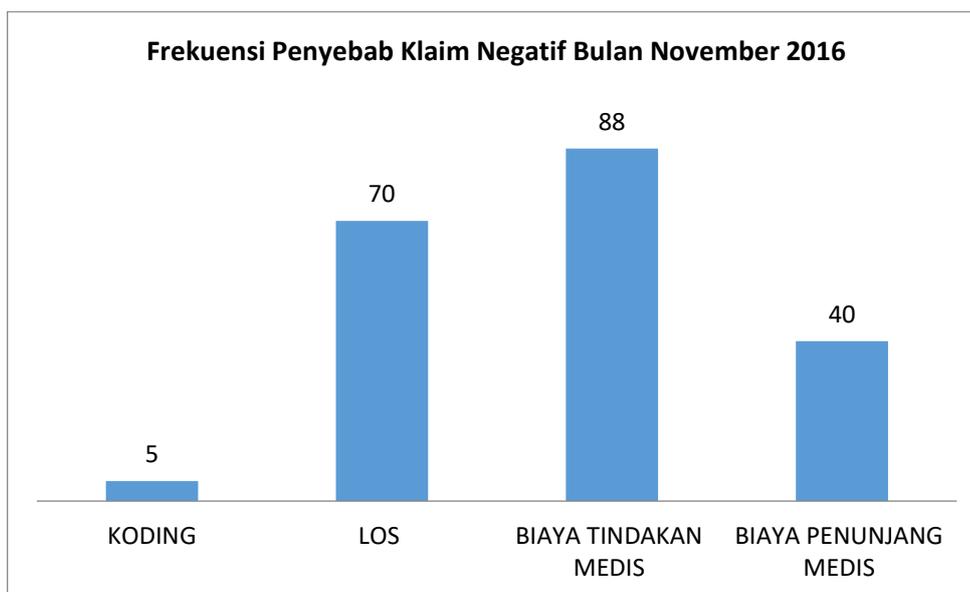
Grafik 3.5 Frekuensi Klaim BPJS pada bulan November 2016



Sumber : Primer 2016

Grafik 3.5 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 negatif berjumlah 203 atau 53,56 %. Setelah dilakukan Intervensi dengan pelatihan ternyata justru mengalami peningkatan Klaim selisih negatif, 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. Secara rinci penyebab klaim selisih negatif dapat dilihat dalam grafik sebagai berikut :

Grafik 3.6 Frekuensi penyebab Klaim Negatif Bulan November 2016



Sumber : Data Primer 2016

Grafik 3.6 menunjukkan frekuensi Klaim BPJS selisih negatif pada siklus II seluruhnya berjumlah 203 klaim, yang disebabkan permasalahan kesalahan koding 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 negatif yang berasal dari permasalahan kesalahan koding menurun dari 27 % pada klaim Bulan September menjadi 2,46 % pada klaim Bulan November 2016.

Untuk mengetahui penyebab masih adanya kesalahan koding pada klaim selisih negatif peneliti melakukan wawancara kepada seluruh petugas koding di Instalasi Rekam Medis untuk mengetahui kemungkinan mengapa proporsi klaim negatif 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.

Berikut adalah rangkuman dari hasil wawancara mengenai pengetahuan pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan pada petugas:

Tabel 4.9 Hasil Wawancara pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan  
Siklus II

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Pengetahuan pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan/Koding	Tahu dan jelas	Tahu jelas	Tahu agak jelas	Tahu sedikit jelas
	Acuan bagi petugas melakukan Tindakan koding	Acuan melakukan kegiatan	Syarat Akreditasi	pedoman kerja
	SOP sudah di sepakati dan dibakukan	SOP sudah di sepakati dan dibakukan	SOP sudah di sepakati dan dibakukan	SOP sudah di sepakati dan dibakukan

Sumber : Data Primer 2016

Dari hasil wawancara pada tabel 4.9 informan yang di wawancarai, sebagian besar (3 orang) informan pada dasarnya sudah tahu dengan jelas mengenai pentingnya SOP pengkodingan 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 , berikut adalah rangkuman jawaban dari beberapa informan :

Tabel 4.10. Hasil wawancara pemahaman langkah-langkah SOP siklus II

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Pemahaman Langkah-Langkah dalam SOP	paham	paham	paham	paham
	bisa menjelaskan	bisa menjelaskan	bisa menjelaskan	bisa menjelaskan

Sumber : Data Primer 2016

Dari hasil wawancara pada table 4.10 diketahui bahwa semua informan sudah paham dan mampu menjelaskan langkah-langkah dari SOP pengkodingan penyakit dan tindakan. Pertanyaan terakhir peneliti adalah mengenai apakah mereka sudah melaksanakan SOP pengkodingan penyakit dan tindakan tersebut secara benar dan dapat menjelaskan alasannya. Berikut adalah rangkuman jawaban yang di dapat.

Tabel 4.11 Hasil wawancara pelaksanaan SOP pengkodingan penyakit dan tindakan Siklus II

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Kepatuhan pelaksanaan SOP pengkodingan penyakit dan Tindakan dan alasannya	Sudah melaksanakan	Sudah melaksanakan	kadang-kadang	jarang
	Tertib	Tertib	Repot banyak pekerjaan	malas melihat catatan

Sumber : Data Primer 2016

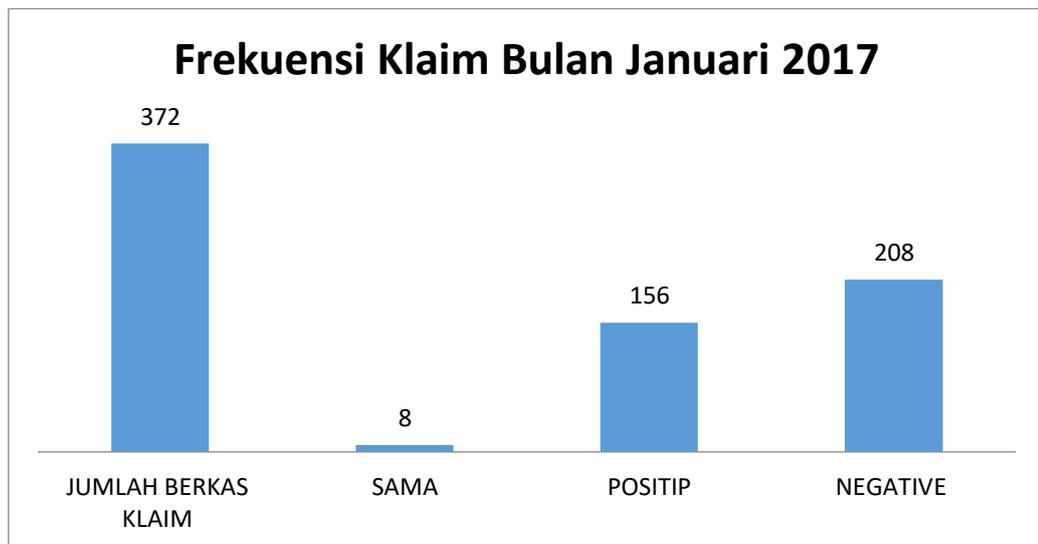
Dari hasil wawancara pada tabel 4.11 menunjukkan bahwa 2 orang informan sudah melaksanakan SOP pengkodingan penyakit dan tindakan sesuai langkah-langkah dalam SOP yang sudah dibuat tetapi 2 orang informan menyebutkan bahwa faktor kesibukan dan banyaknya pekerjaan yang harus dilaksanakan petugas membuat petugas belum melaksanakan SOP. Beban kerja yang dikerjakan petugas selain melaksanakan pengkodingan penyakit dan tindakan juga melakukan pekerjaan rekam medis yang lainnya karena terbatasnya tenaga di instalasi rekam medis.

#### **4. Siklus III**

Setelah dilakukan intervensi dengan pelatihan koding bagi petugas koding, yang memperoleh hasil bahwa sebagian sudah memahami dan mampu menjelaskan SOP pengkodingan penyakit dan tindakan sesuai langkah-langkah dalam SOP, akan tetapi masih rendahnya kepatuhan petugas dalam melaksanakan SOP. Pada Siklus ketiga peneliti melakukan perbaikan atau penyusunan ulang SOP pengkodingan 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 negatif. Pelaksanaan Reflektif adalah pada tanggal 6 Februari 2017 karena Klaim yang disetujui BPJS baru diterima rumah sakit pada Tanggal 3 Februari 2017. Hasil Reflektif terhadap proporsi Klaim selisih negatif adalah sebagai berikut :

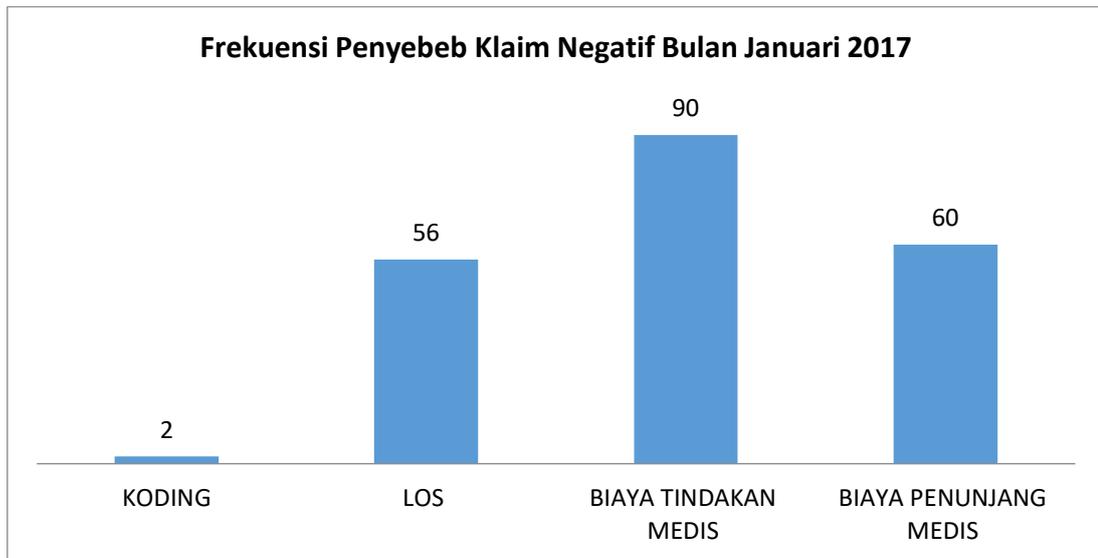
Grafik3.7 Frekuensi Klaim BPJS pada bulan Januari 2017



Sumber : Data primer 2016

Grafik 3.7 menunjukkan 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 negatif berjumlah 208 atau 55,91 %. Setelah dilakukan Intervensi dengan memperbaiki SOP ternyata justru mengalami peningkatan proporsi klaim yang selisih negatif, dari 46,44 % di Bulan November menjadi 55,91 % di Bulan Januari 2017, akan tetapi penyebab klaim bukan hanya dari permasalahan coding akan tetapi disebabkan oleh beberapa hal lain. Secara rinci penyebab klaim selisish negatif dapat dilihat dalam grafik sebagai berikut :

Grafik 3.8 Frekuensi penyebab Klaim Negatif Bulan Januari 2017



Sumber : Data Primer 2016

Grafik 3.8 menunjukkan frekuensi Klaim BPJS yang selisih negatif 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 negatif 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 negatif peneliti melakukan wawancara kepada seluruh petugas pengkodean penyakit dan tindakan di Instalasi Rekam Medis untuk mengetahui kemungkinan mengapa proporsi klaim negatif 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. Berikut adalah rangkuman dari hasil wawancara mengenai pengetahuan pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan pada petugas.

Tabel 4.12. Hasil Wawancara pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan Siklus III

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Pengetahuan pentingnya SOP Pengkodingan Penyakit dan Tindakan/Koding	Tahu dan jelas	Tahu dan jelas	Tahu dan jelas	Tahu dan jelas
	Acuan bagi petugas melakukan Tindakan koding			
	SOP sudah di sepakati dan dibakukan			

Sumber : Data Primer 2016

Dari hasil wawancara pada table 4.12 menunjukkan seluruh informan yang pada dasarnya sudah tahu dengan jelas mengenai pentingnya SOP pengkodingan 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 negatif akan tetapi berdampak nyata pada penurunan permasalahan koding yang menyebabkan klaim selisih negatif. Kemudian peneliti juga

menanyakan tentang pemahaman langkah-langkah SOP , berikut adalah rangkuman jawaban dari beberapa informan :

Tabel 4.13. Hasil wawancara pemahaman langkah-langkah SOP siklus III

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Pemahaman Langkah-Langkah dalam SOP	paham SOP	paham SOP	Paham SOP	Paham SOP
	bisa menjelaskan	bisa menjelaskan	bisa menjelaskan	bisa menjelaskan

Sumber : Data Primer 2016

Dari hasil wawancara pada tabel 4.12 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. Berikut adalah rangkuman jawaban yang di peroleh .

Tabel 4.14 Hasil wawancara pelaksanaan SOP pengkodean penyakit dan tindakan

#### Siklus III

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Kepatuhan pelaksanaan SOP pengkodean penyakit dan Tindakan dan alasannya	Sudah melaksanakan	Sudah melaksanakan	Sudah melaksanakan	kadang-kadang
	Tertib	Tertib	Tertib	Repot banyak pekerjaan

Sumber : Data Primer 2016

Dari hasil wawancara pada tabel 4.14 menunjukkan bahwa 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 pengkodingan penyakit dan tindakan juga melakukan pekerjaan rekam medis yang lainnya karena terbatasnya tenaga di instalasi rekam medis. Menurut Suciati pendapatan terbesar di rumah sakit berasal dari pelayanan penunjang terutama obat yaitu hampir 50 % dari seluruh pendapatan rumah sakit. (susi suciati 2012)

Dalam Peraturan Bupati Klaten Nomor 34 Tahun 2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Bagas Waras Secara disebutkan bahwa margin keuntungan obat yang diambil oleh RSUD Bagas Waras adalah 20% dari tarif pembayaran. Secara keseluruhan penurunan keuntungan Rumah Sakit dari hasil penelitian pada saat *intervensi* mulai dari Siklus I sampai Siklus III dapat dilihat pada tabel 4.14 berikut ini :

Tabel 4.15 Tabel Prosentase Pengurangan Keuntungan RS dalam periode pengamatan bulan Agustus 2016 s.d Januari 2017

NO	BULAN	BIAYA RIIL (Rp)	BIAYA DISETUJUI (Rp)	SELISIH (Rp)	SELISIH (%)
1	AGUSTUS 2016	1.328.285.104	1.294.908.800	-33.376.304	-2,58
2	SEPTEMBER	1.515.251.289	1.447.686.800	-67.564.489	-4,67
3	OKTOBER	1.612.853.467	1.501.895.200	-110.958.267	-7,39
4	NOVEMBER	1.405.962.790	1.299.920.600	-106.042.190	-8,16
5	DESEMBER	1.748.796.821	1.565.922.400	-182.874.421	-11,68
6	JANUARI 2017	1.407.801.002	1.310.005.500	-97.795.502	-7,47
	TOTAL	9.018.950.473	8.420.339.300	-598.611.173	-7,11

Sumber : Rekapitulasi FPK Rawat Inap RSUD Bagas Waras Bulan Agustus 2016 s/d Januari 2017

Berdasarkan data tabel 4.14, dapat dilihat bahwa berdasarkan hasil perhitungan selisih antara biaya riil sesuai dengan tarif RS dengan Klaim yang disetujui sesuai dengan paket INA-CBGs, tampak ada kerugian pendapatan pada tiap bulan terbesar pada bulan desember 2016 dan secara kumulatif selama kurun waktu 7 bulan mencapai minus Rp 598.611.173,- atau negatif 7,11%. Dengan menggunakan asumsi dari keuntungan RS berdasarkan margin keuntungan obat sampai dengan 20%, maka dapat diartikan bahwa keuntungan RS hanya mencapai sekitar 13% saja. Hal tersebut memberikan gambaran bahwa RS tidak benar benar merugi, tetapi hanya mengalami penurunan keuntungan yang disebabkan oleh kesalahan dalam coding, LOS, biaya tindakan medis dan biaya penunjang medis.

Masing-masing penyebab penurunan pendapatan tersebut dapat digambarkan seperti pada tabel 4.14 berikut:

Tabel 4.16 Tabel Komulatif Penyebab Klaim Negatif

NO	BULAN	JML BERKAS KLIM NEGATIF	PENYEBAB KLAIM NEGATIF			
			KODING	LOS	BIAYA TINDAKAN MEDIS	BIAYA PENUNJANG MEDIS
1	AGUSTUS 2016	147	70	32	25	20
2	SEPTEMBER	187	50	82	30	25
3	OKTOBER	201	7	70	84	40
4	NOVEMBER	203	5	70	88	40
5	DESEMBER	258	4	89	105	60
6	JANUARI 2017	208	2	56	90	60
	TOTAL	1204	138	399	422	245

Sumber : Data Primer 2016

Pada tabel 4.16 terlihat bahwa penyebab klaim negatif pada awal intervensi sebagian besar karena kesalahan coding, namun berangsur angsur berkurang secara jelas dan justru penyebab klaim negatif sebagian besar beralih pada LOS, biaya tindakan medis dan biaya penunjang medis

### **C. 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 2013. (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/MenKes/SK/XI/1992, rumah sakit merupakan suatu unit yang mempunyai organisasi teratur, tempat pencegahan dan penyembuhan penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan penderita yang dilakukan secara multidisiplin oleh berbagai kelompok profesional terdidik dan terlatih yang menggunakan prasarana dan sarana fisik. Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik, dan subspecialistik disebut rumah sakit umum.

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 sakit.(Busse et al. 2013)

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 kelompok.(Busse et al. 2013).

Pola pembayaran *Case Based Groups* merupakan salah satu pola pembayaran prospektif kepada FKRTL berupa pengelompokan 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 Nasional. Tarif rumah sakit terbagi atas 5 (lima) Regional didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (AFKTL).

Regionalisasi tarif INA-CBGs yang dimaksud antara lain: Regional I yaitu: Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, dan Jawa Timur; Regional II yaitu: Sumatera Barat, Riau, Sumatera Selatan, Lampung Bali, dan NTB; Regional III yaitu: NAD, Sumatera Utara, Jambi, Bengkulu, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat; Regional IV yaitu: Kalimantan Selatan dan Kalimantan Tengah; Regional V yaitu: Bangka Belitung, NTT, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat. (Binsasi, E. 2016).

Menurut (Rangachari 2007) di 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.

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. Pada dasarnya tujuan koding diagnosis adalah :

1. Memudahkan pencatatan, pengumpulan dan pengambilan kembali informasi sesuai diagnose ataupun tindakan medis.
2. Memudahkan entry data ke database komputer yang tersedia (satu Code bisa mewakili beberapa terminologi yang digunakan para dokter).
3. Menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran/penagihan biaya yang dijalankan /diaplikasi.
4. Memaparkan indikasi alasan mengapa pasien memperoleh asuhan/perawatan/pelayanan justifikasi runtunan kejadian.
5. Menyediakan informasi diagnoses dan tindakan (medis/operasi) bagi riset edukasi dan kajian asesment kualitas keluaran / outcome (legal dan otentik).

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 kesehatan (Novitasari, 2010).

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 pasien. (Pujihastuti & Sudra 2014)

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 (Widiyanti 2016).

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 diagnosis mulai dari input data, proses dan output diagnosis yang di lakukan oleh tim rekam medis. Data yang di masukan ke dalam Grouper yang nantinya menjadi output INA-CBGs haruslah merupakan data yang berkualitas. Pentingnya data berkualitas ini tidak bisa dikesampingkan, karena data tersebut menyediakan sarana komunikasi bagi dokter dan tim layanan kesehatan, menyediakan dasar untuk mengevaluasi kecakupan dan kesesuaian layanan, menyediakan dasar untuk memperkuat klaim pembayaran kembali, serta melindungi kepentingan hukum pasien, fasilitas, dan dokter (Aljuned, 2014).

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 pengkodean (Reinhard Busse).

Berdasarkan (Busse et al. 2013) 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 pengobatan.

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 numerik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia et al. 2014).

Dalam meningkatkan kemampuan pengkodean diagnosis, rumah sakit bagas waras terus berupaya meningkatkan kemampuan nya 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 (kementrian kesehatan 2013).

Syarat supaya SIRS dapat dilakukan *bridging* dengan aplikasi INA-CBG's adalah SIRS telah menampung atau menyimpan 14 (empat belas) variable yang dibutuhkan dalam INA-CBG's. Ke empat belas variable tersebut adalah : Identitas Pasien (no RM, dll), Tanggal masuk RS, Tanggal keluar RS, Lama Hari Rawat (LOS), Tanggal Lahir, Umur (th) ketika masuk RS, Umur (hr) ketika masuk RS (pd bayi), Umur (hr) ketika keluar RS, Jenis kelamin, Status keluar RS (outcome), Berat Badan Bayi Baru Lahir (gr), Diagnosis Utama didasarkan pada ICD X, Diagnosis Sekunder (Komplikasi & Komorbiditi) didasarkan pada ICD X, Prosedur medis didasarkan pada ICD9-CM

Aplikasi INA-CBG's menyediakan fitur import. Fitur import digunakan untuk memasukan data secara massal 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 ditentukan (Aljunid, 2014)

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. Untuk lebih jelasnya berikut ini dikemukakan beberapa pendapat para ahli mengenai pengertian manajemen, diantaranya adalah sebagai berikut :

Menurut (Porter, 1998) mengatakan bahwa :

*“Manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya secara efektif dan efisien untuk mencapai satu tujuan.”*

Sementara itu menurut (Manulang 2002) definisi manajemen adalah :

*“Manajemen mengandung 3 (tiga) pengertian yaitu pertama manajemen sebagai proses, kedua manajemen sebagai kolektivitas orang-orang yang melakukan aktivitas manajemen, dan yang ketiga adalah manajemen sebagai ilmu.”*

Stonner J.A.F yang dialih bahasakan (Alexander Sindoro 2006 ) definisi manajemen adalah :

*“Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian upaya anggota organisasi dan penggunaan semua sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.”*

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 Rumah Sakit dengan baik. Adapun fungsi-fungsi manajemen Menurut Sondang P Siagian dalam Malayu Hasibuan (2005:11) yang diterapkan dalam bidang sumber daya manusia adalah sebagai berikut:

1. Planning (perencanaan)
2. Organizing (mengorganisasikan)
3. Motivating (memotivasi)
4. Controlling (mengendalikan)
5. 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 kapitasi yang berkesinambungan dalam casemix harus dapat diimplementasikan. Terdapat empat kelompok kerja di dalam rumah sakit yang berada di bawah komite pengendalian casemix rumah sakit. (Amara & Aljunid 2014)

1. Kelompok pengkodean klinis
2. Kelompok pembiayaan casemix
3. Kelompok IT casemix
4. Kelompok jalur klinis

Di RSUD Bagas Waras Klaten terdapat empat kelompok kerja yang bertugas melakukan pengendalian casemix di rumah sakit, akan tetapi dari 4 kelompok kerja tersebut baru 2 kelompok yang masuk ke dalam Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (Komite Pengendalian Casemix) yaitu kelompok Pembiayaan Casemix dan Kelompok jalur Klinis. Hal ini di sebabkan karena belum maksimalnya pengawasan tim kendali mutu dan kendali biaya RSUD Baga Waras Klaten. Untuk memaksimalkan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya, maka menejemen perlu menggabungkan tim IT casemix dan pengkodean klinis ke dalam satu bagian Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya. Hal ini sejalan dengan yang disampaikan oleh Aljuned, bahwa untuk memaksimalkan hasil casemix sebuah rumah sakit, maka perlu digabungkan dalam satu bagian,

sehingga koordinasi antar kelompok bisa berjalan dengan baik, dan mendapatkan hasil pengkodingan akhir secara maksimal.

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 di lakukan 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 di gunakan 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 casemix. (Amara & Aljunid 2014)

