

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, menyatakan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Selain menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat Rumah Sakit juga harus memiliki rekam medis.

Rekam medis mencerminkan kualitas layanan dari suatu lembaga kesehatan dan memiliki manfaat sebagai nilai administratif, legal, finansial, riset, edukasi, dan dokumentasi. Sebagai catatan pasien, rekam medis dianggap sebagai rahasia medis yang wajib dijaga kerahasiaannya terhadap pihak ketiga, dan merupakan milik pasien. Disamping rekam medis, Rumah sakit juga diwajibkan menyelenggarakan upaya kesehatan dan mampu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi – tingginya (Pemerintah Indonesia, 2021). Salah satu upaya pemerintah dalam penyelenggaraan kesehatan yang bermutu dan terjangkau yaitu dengan melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional.

Berdasarkan buku panduan Jaminan Kesehatan Bagi Populasi Kunci, dijelaskan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. BPJS diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.

Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besarbiaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee For Services* (FFS). Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah global budget, Perdiem, Kapitasi dan case based payment. Sistem pembiayaan prospektif menjadi pilihan karena dapat mengendalikan biaya kesehatan; mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar; Pembatas pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan berlebihan atau under use; Mempermudah administrasi klaim; dan Mendorong provider untuk melakukan *cost containment* (Suhartoyo, 2018).

Metode pembayaran prospektif di Indonesia dikenal dengan Casemix INA-CBG (*Indonesia-Case Based Payment Groups*) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur yang mengacu pada ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper (Kemenkes, 2016).

Merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan bahwa Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS yang bertujuan menguji kebenaran administrasi untuk dipertanggung jawabkan untuk menjaga mutu pelayanan dan efisien biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan. Adapun alur verifikasi dimulai dari fasilitas pelayanan kesehatan menyiapkan berkas dari bangsal rawat inap, kemudian berkas dikirim ke unit koding rawat inap untuk dilakukan pengkodean, selanjutnya dilakukan verifikasi oleh verifikator internal apabila berkas sudah final kode maka berkas akan dikirim ke bagian kasir untuk dilakukan verifikasi lanjutan, apabila berkas telah sesuai maka berkas akan

dibedakan menurut jenis – jenis pembiayaannya, untuk berkas dengan pembiayaan umum maka akan langsung masuk kedalam pendapatan rumah sakit, sedangkan untuk berkas dengan pembiayaan Jasaraharja dan BPJS Ketenagakerjaan akan dikirim ke bagian khusus untuk dilakukan verifikasi ulang dan tim verifikator akan menghubungi perusahaan penjamin untuk melakukan pencairan, sedangkan untuk pembiayaan BPJS akan dikirim ke unit klaim, kemudian verifikator BPJS kesehatan melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan dan verifikasi menggunakan software INA-CBGs. Kemudian BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang dinilai layak. Namun, untuk berkas yang tidak layak harus dikembalikan ke rumah sakit untuk melalui tahap konfirmasi apakah berkas tersebut dapat diklaimkan atau tidak.

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah merupakan Rumah Sakit tipe B pendidikan milik Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah yang melayani semua golongan masyarakat, semua agama, dan semua tingkat sosial ekonomi. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan pada tiga unit yang ada di RSUD dr. Adhyatma, MPH didapatkan bahwa tidak adanya alur tentang pembiayaan pasien rawat inap, hal ini menyebabkan beberapa permasalahan di 3 unit tersebut.

Peneliti menggunakan faktor unsur manajemen 7M (*man, money, method, material, machine, motivation* dan *minute*) untuk mengidentifikasi faktor penyebab masalah pada alur pembiayaan pasien rawat inap. Berdasarkan unsur manajemen pada faktor *man* ditinjau dari aspek pengetahuan petugas terkait dengan alur pembiayaan pasien rawat inap, Tingkat pengetahuan petugas di RSUD dr. Adhyatma, MPH belum sepenuhnya memahami tentang alur pembiayaan pasien rawat inap. Dilihat dari faktor *money* terkait dengan pendanaan ketersediaan ATK. Di RSUD dr. Adhyatma, MPH tidak ada anggaran khusus untuk pembiayaan pasien rawat inap, anggaran khusus tidak ada kaitannya dalam alur pembiayaan pasien rawat inap karena tidak ada keperluan yang begitu besar yang harus dijadwalkan pengeluarannya setiap bulan. Dilihat dari faktor *method* dapat ditinjau dari SOP terkait dengan pembiayaan pasien rawat inap. RSUD dr. Adhyatma, MPH belum

terdapat SOP terkait dengan pembiayaan pasien rawat inap. Tidak adanya SOP memungkinkan dapat membuat proses pembiayaan pasien rawat inap tidak berjalan optimal. Dilihat dari faktor *material* berupa kelengkapan berkas rekam medis rawat inap, hal tersebut dimungkinkan dapat membuat beban kerja petugas bertambah. Dilihat dari faktor *machine* dapat ditinjau dari kualitas komputer yang digunakan untuk proses pembiayaan pasien rawat inap. Sarana dan prasarana yang kurang mendukung dimungkinkan dapat menghambat kerja petugas. Dari faktor *motivation* ditinjau dari adanya *reward* dan *punishment*. Dengan diterapkannya *reward* dan *punishment* dimungkinkan dapat menumbuhkan semangat petugas untuk tetap bekerja dalam koridor dan dengan tepat waktu. *Reward* dan *punishment* di RSUD dr. Adhyatma, MPH sudah ada tetapi tidak diterapkan disemua unit. Dari faktor *minute* yaitu ketepatan waktu kerja petugas dalam melakukan proses pembiayaan pasien rawat inap.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada salah satu petugas di koding RI didapatkan bahwa masih terdapat ketidaksesuaian kode diagnosis antara *coder* dengan verifikator internal yang disebabkan oleh tidak adanya alur yang jelas tentang pembiayaan pasien RI, Adapun SOP yang digunakan pada unit tersebut yaitu SOP yang dibuat pada tahun 2018, hal ini menyebabkan beberapa proses pada koding RI tidak sesuai dengan kaidah yang berlaku. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada petugas kasir atau verifikator lanjutan didapatkan bahwa adanya ketidaksesuaian antara biaya yang tertera pada kasir dengan biaya yang ada pada bridging verifikator internal dikarenakan petugas verifikator internal salah menginputkan kode Diagnosis atau kode Tindakan pada pasien sehingga biaya yang dikeluarkan terlampau kecil atau terlampau besar dibandingkan dengan nominal yang tertera pada kasir. Sedangkan pada unit klaim setelah dilakukan observasi dan wawancara pada salah satu petugas klaim terdapat beberapa masalah diantaranya yaitu pending klaim dan klaim susulan, berikut merupakan data pending klaim pada bulan September 2023 :

Table 1.1 Jumlah data pending klaim pada bulan September 2023

Bulan	Berkas Klaim Rawat Inap		
	Jumlah Klaim yang diajukan	Pending	Persentase
September	1279	79	1.01%

Pada tabel 1.1 dapat diketahui bahwa jumlah berkas klaim rawat inap pada bulan September 2023 yaitu 1279 terdapat berkas yang dikembalikan oleh BPJS untuk diperbaiki dan pending mencapai 1.01%, faktor yang menyebabkan pending klaim diantaranya yaitu ketidaksesuaian coding, ketidaksesuaian administrasi, ketidaksesuaian medis, ketidaksesuaian penunjang, dan ketidaksesuaian tatalaksana.

Kejadian pending klaim dapat ditinjau dari adanya ketidaksesuaian terkait aspek coding, aspek medis dan aspek administrasi, aspek penunjang, dan aspek tatalaksana Alasan penyebab pending berkas klaim rawat inap pada bulan pelayanan September 2023 dijelaskan pada Tabel 1.2 sebagai berikut:

Table 1.2 Alasan Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap pada Bulan September 2023

Bulan	Alasan Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap					Total Pending Klaim
	Aspek Administrasi	Aspek Coding	Aspek Medis	Aspek Penunjang	Aspek Tatalaksana	
September	1	22	47	6	3	79

Tabel 1.2 menunjukkan dari total 79 berkas medis yang dipending, alasan terbanyak pengembalian berkas klaim rekam medis rawat inap pada bulan september 2023 yaitu adalah Aspek medis. Berkas klaim rawat inap yang dikembalikan karena aspek medis yaitu 47 berkas. Alasan pengembalian berdasarkan aspek medis yang sering ditemukan yaitu konfirmasi kronologis kejadian, penyertaan diagnosa sekunder berdasarkan tatalaksana, tidak ada asuhan 5 gizi, dan lain-lain. Selanjutnya aspek coding, ketidaksesuaian kode yang ditegaskan baik kode diagnosa maupun kode tindakan dengan jumlah 22 berkas. Alasan spesifik yang mendasari pengembalian berkas dengan aspek coding yaitu konfirmasi kode tindakan maupun diagnosis, perubahan kode, salah kode diagnosa atau tindakan, penghapusan kode berdasarkan tata laksana, dan lain-lain. Berkas yang dikembalikan karena aspek administrasi yaitu 1 berkas. dengan alasan

konfirmasi lampiran laporan tindakan, SEP tidak ada, konfirmasi tanggal masuk pasien, SEP tidak sesuai dengan hasil scan dan konfirmasi laporan batal tindakan.

Klaim susulan, pada berkas klaim bulan september 2023 terdapat 1279 berkas yang dikirim, 21 diantaranya dikembalikan untuk klaim susulan, hal tersebut disebabkan oleh nomor SEP yang tidak sesuai antara yang di inputkan pada E-Klaim dengan yang tertera pada berkas rekam medis pasien, terdapat pasien meninggal namun belum diinputkan keterangan bahwa pasien meninggal. Berdasarkan uraian permasalahan diatas didapat data dampak sebagai berikut :

Table 1.3 Data pendapatan rumah sakit dari poli penyakit dalam pada bulan September 2023

No.	DPJP	Tarif INA – CBG’S	Tarif RS	Selisih	Keterangan
1.	Setyoko, Sp.PD, dr	Rp 272.774.100,00	Rp 291.672.263,00	Rp 18.898.163,00	Untung
2.	Sari Widiyastuti, Sp.PD, dr	Rp 513.690.000,00	Rp 593.732.646,00	Rp 80.042.646,00	Untung
3.	Rachmi Dewi, Sp.PD, dr	Rp 255.106.300,00	Rp 306.514.346,00	Rp 51.408.046,00	Untung
4.	Hersa Donantya, Sp.PD, dr	Rp 368.208.500,00	Rp 460.922.326,00	Rp 92.713.826,00	Untung
5.	Dedi Winarto, Sp.PD, dr	Rp 411.270.300,00	Rp 408.431.737,00	- Rp 2.838.563,00	Rugi

Tabel 1.3 diatas merupakan data pendapatan rumah sakit dari poli penyakit dalam, dapat dilihat pada tabel bahwa ada kerugian pada DPJP Dedi Winarto, Sp.PD, dr yaitu adanya selisih antara tarif yang ditagihkan oleh rumah sakit dengan yang dibayarkan oleh INA-CBG’S. Pada RSUD dr. Adhyatma MPH adanya kerugian seperti pada tabel diatas disebut dengan *overcost*, yang berarti surplus pendapatan rumah sakit kurang atau rugi. Dapat disimpulkan bahwa permasalahan-permasalahan tersebut berdampak pada pembiayaan rumah sakit, yang menyebabkan kerugian bagi rumah sakit. Maka peneliti tertarik untuk mengambil judul “ Analisis Alur Pembiayaan Pasien Rawat Inap di RSUD dr. Adhyatma, MPH Semarang”.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan kegiatan rekam medis dan manajemen informasi kesehatan di RSUD dr. Adhyatma, MPH.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui faktor penyebab permasalahan – permasalahan yang terjadi pada alur pembiayaan pasien rawat inap menggunakan unsur 7M (*man, money, method, material, machine, motivation dan minute*)
- b. Menganalisis prioritas penyebab masalah dengan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*)
- c. Menentukan alternatif solusi dan rencana upaya perbaikan tentang alur pembiayaan pasien rawat inap di RSUD dr. Adhyatma, MPH

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa

- a. Mengetahui perbedaan antara teori dan kenyataan yang ada di dunia kerja mengenai pelaksanaan rekam medis dan informasi kesehatan.
- b. Mengetahui kegiatan secara langsung di Instalasi Rekam Medis dan Admisi.
- c. Menambah pengetahuan mahasiswa terkait pelaksanaan rekam medis di RSUD dr. Adhyatma, MPH

1.3.2 Manfaat Bagi Politeknik Negeri Jember

- a. Menambah referensi perpustakaan Politeknik Negeri Jember dan digunakan sebagai bahan ajar di Politeknik Negeri Jember.
- b. Menjalinkan hubungan kerjasama dengan instansi rumah sakit untuk melatih keprofesian rekam medis.
- c. Sebagai bukti otentifikasi bahwa mahasiswa telah melakukan praktik kerja lapangan yang digunakan sebagai syarat kelulusan sarjana sains terapan.

1.3.3 Manfaat Bagi Rumah Sakit

- a. Dapat memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk melakukan praktik secara langsung di rumah sakit guna menambah wawasan dan pengalaman dalam dunia kerja.

- b. Dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi petugas dalam pelaksanaan rekam medis di rumah sakit. Fokus penelitian PKL dilakukan pada bagian unit rekam medis khususnya bagian pembiayaan pasien rawat inap RSUD dr. Adhyatma, MPH

1.4 Lokasi dan Waktu

1.4.1 Lokasi Penelitian

Kegiatan penelitian dilaksanakan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan pada RSUD dr. Adhyatma, MPH Tugurejo Semarang yang terletak di Jalan Walisongo KM 8,5 No. 137, Semarang, Jawa Tengah.

1.4.2 Waktu Penelitian

Kegiatan penelitian dilakukan saat pelaksanaan magang di RSUD dr. Adhyatma, MPH Tugurejo Semarang dengan periode 3 bulan, mulai tanggal 25 September 2023-15 Desember 2023.

1.5 Metode Pelaksanaan

1.5.1 Data Primer

Menurut Sugiyono (2014), data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data dikumpulkan sendiri oleh peneliti langsung dari sumber pertama atau tempat objek penelitian dilakukan. Data dikumpulkan langsung oleh peneliti yang didapatkan dari hasil wawancara kepada petugas coding rawat inap, petugas kasir atau verifikator lanjutan, dan petugas klaim di RSUD dr. Adhyatma, MPH

1.5.2 Data Sekunder

Menurut Sugiyono (2014), data sekunder merupakan sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dengan dokumen. Sumber data sekunder dalam laporan ini yaitu berasal dari data pending klaim JKN rekam medis rawat inap, serta studi literasi yang diperoleh dari jurnal, buku, skripsi penelitian yang berhubungan dengan penelitian ini untuk mendukung keperluan dari data primer. Jenis penelitian dalam laporan ini yaitu kualitatif.

1.5.3 Teknik Pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data yang digunakan apabila peneliti ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti, dan juga apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dan jumlah respondennya sedikit/kecil (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan dengan cara tanya jawab secara terstruktur kepada informan dalam penelitian ini yaitu 1 petugas koding rawat inap, 1 petugas kasir atau verifikator lanjutan dan 2 petugas klaim mengenai hal-hal yang masih belum diketahui untuk menyelesaikan permasalahan tentang alur pembiayaan pasien rawat inap di RSUD dr. Adhyatma, MPH

b. Observasi

Menurut Sutrisno Hadi (1986) dalam Sugiyono (2014) mengemukakan bahwa observasi adalah suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis. Dalam penelitian ini, observasi dilakukan secara nonpartisipan dengan mengamati fasilitas dalam UKRM khususnya media informasi yang digunakan dalam kegiatan pembiayaan pasien rawat inap di unit kerja Rekam Medis RSUD dr. Adhyatma, MPH Observasi digunakan dengan menggunakan pedoman observasi dan alat tulis untuk mencatat hasil observasi.

1.5.4 Kerangka Konsep

