



ANALISIS PENYEBAB TERJADINYA SELISIH TARIF BPJS KESEHATAN DENGAN TARIF RUMAH SAKIT DI RSUD SIMPANG LIMA GUMUL KEDIRI

Oleh

Ratna Wardani¹, Renny Padma Prihatini², Alfinda Ayu Hadikasari³, Lena Fitri Rusdiana⁴, Nurcahyati Akbar Kusuma Wardani⁵, Darmawan Prasetyo⁶, Elsa Fian Dennis Alfandy⁷

^{1,2,3,4,5,6,7}Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana, Institut Ilmu Kesehatan (IIK) Strada Indonesia

Email: 1ratnawardani@gmail.com

Article History:

Received: 27-01-2024

Revised: 05-01-2024

Accepted: 28-02-2024

Keywords:

BPJS, Tarif Rumah Sakit, RSUD Simpang Lima Gumul Kediri

Abstract: Salah satu permasalahan yang masih sering terjadi di era BPJS Kesehatan dengan sistem pembayaran yang menggunakan casemix atau INA – CBGs adalah adanya perbedaan tarif riil dengan tarif yang diberikan oleh pihak BPJS Kesehatan. Perbedaan ini dapat terjadi karena perhitungan tarif pada INA-CBGs menggunakan alat bantu berupa software dimana menggabungkan kode diagnosis dan kode prosedur/tindakan ke dalam sebuah kode Case-Based Groups (CBGs) yang telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan, kemudian menghasilkan sebuah luaran tarif yang sudah sesuai database yang telah ditetapkan. Tujuan residensi secara umum adalah untuk menganalisis faktor – faktor yang menyebabkan terjadinya selisih tarif antara tarif BPJS Kesehatan dengan tarif rumah sakit pada diagnose kode N-Urinary di Rumah Sakit Simpang Lima Gumul Kediri. Hasil dari kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah Prioritas penyelesaian terjadinya selisih tarif antara tarif BPJS Kesehatan dengan tarif rumah sakit pada diagnose kode N-Urinary di Rumah Sakit Simpang Lima Gumul Kediri dengan analisis USG (Urgency, Seriuosness, Growth) adalah Unit casemix belum berdiri sendiri menjadi unit terpisah yang tertulis pada strktur organisasi, Strategi yang dapat digunakan sehingga selisih tarif tidak terlalu tinggi antara tarif BPJS Kesehatan dengan tarif rumah sakit pada diagnose kode N-Urinary di Rumah Sakit Simpang Lima Gumul Kediri dengan analisis SWOT (Strength, Weakness, Opportunity, Thread) adalah dengan menggunakan strategi defensive.

PENDAHULUAN

Sistem pembiayaan kesehatan merupakan suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan (*collecting*: sumber pembiayaan), pengalokasian (*allocating*) dan pembelanjaan sumber daya keuangan (*purchasing*:pemanfaatan) secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya. Hal tersebut sesuai dengan unsur pembiayaan kesehatan yang tertuang pada UU Kesehatan no 36 tahun 2009. Sistem pembiayaan



ini merupakan subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) (Supriyanto, Ernawaty, & Budi, 2018).

Menurut UU Kesehatan No 36 tahun 2009 Bab XV, tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah mencukupi, teralokasi secara adil (equity), dan termanfaatkan secara berhasil guna (efektif) dan berdaya guna (efisien) untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan, agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya (Supriyanto, Ernawaty, & Budi, 2018).

Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dijamin dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Dalam perhitungan pembiayaan kesehatan BPJS Kesehatan menggunakan sistem pembiayaan prospektif dikarenakan dapat mengendalikan biaya Kesehatan, mendorong pelayanan Kesehatan tetap bermutu sesuai standard, membatasi pelayanan Kesehatan yang tidak diperlukan berlebih atau *under use*, mempermudah administrasi klaim, mendorong provider untuk melakukan *cost containment*. Di Indonesia metode pembayaran prospektif dikena dengan *Casemix (case based payment)* (PMK No 27, 2014).

Sistem *casemix* adalah suatu system yang digunakan untuk mengelompokkan 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* di Indonesia bernama INA – CBGs. Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan system 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 system 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 (PMK No 27, 2014).

Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data *costing* dan data koding rumah sakit. Data *costing* didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas (PMK No 27, 2014).

Terdapat beberapa hal yang menyebabkan tingginya pembiayaan kesehatan diantaranya adalah adanya inflasi biaya kesehatan baik dari sisi *supply* (tenaga medis, teknologi kedokteran, infisiensi prosedur pelayanan dan kurang dokter spesialis) ataupun *demand* (adanya pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berlebih serta transisi epidemiologis penyakit). Hal ini menyebabkan adanya kecenderungan menaikkan nilai premi asuransi ataupun terlihat kenaikan biaya reimbursement, adanya penurunan kualitas dari layanan kesehatan yang diberikan, pelayanan yang tumpah tindih, serta adanya peningkatan permintaan akan layanan Kesehatan (Rahmiyati, 2021).

Selain hal hal yang tersebut diatas, salah satu permasalahan yang masih sering terjadi di era BPJS Kesehatan dengan sistem pembayaran yang menggunakan casemix atau INA – CBGs adalah adanya perbedaan tarif riil dengan tarif yang diberikan oleh pihak BPJS Kesehatan. Perbedaan ini dapat terjadi karena perhitungan tarif pada INA-CBGs menggunakan alat bantu berupa software dimana menggabungkan kode diagnosis dan kode prosedur/tindakan ke dalam sebuah kode Case-



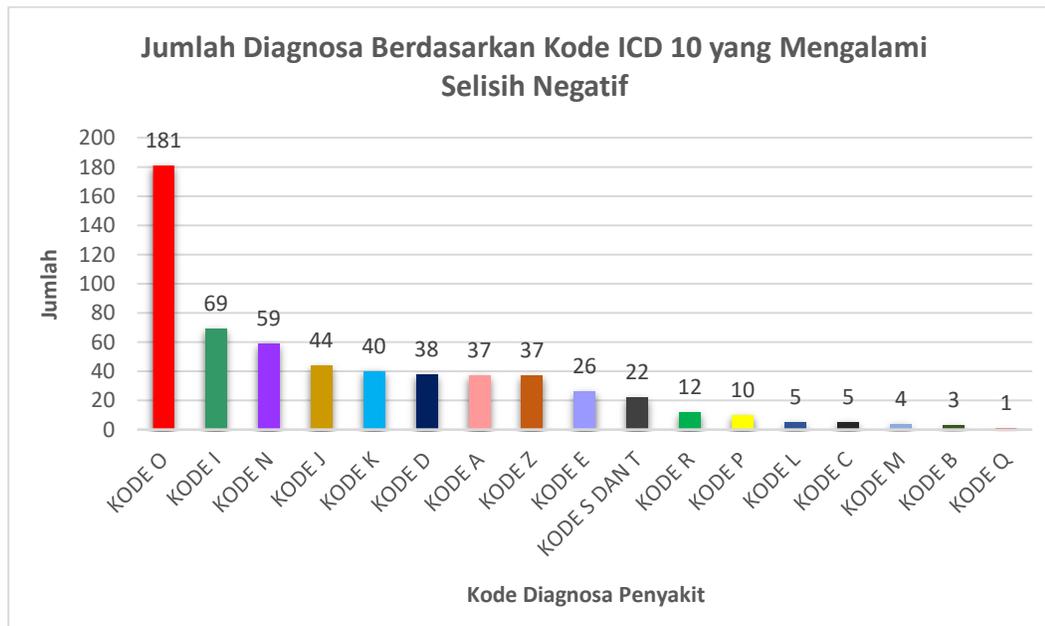
Based Groups (CBGs) yang telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan, kemudian menghasilkan sebuah luaran tarif yang sudah sesuai database yang telah ditetapkan. Sebaliknya, biaya riil dihitung sesuai dengan biaya per rincian jenis pelayanan mulai dari segi tenaga medis dan paramedis, ruang rawat, obat – obatan serta Tindakan yang diberikan, dalam hal ini standar tarifnya sudah ditentukan (Eka Ratnawati, 2022) .

Tingginya biaya yang dikeluarkan rumah sakit atau biaya riil ini salah satunya dipengaruhi juga oleh lama hari rawat (*length of stay*). Semakin panjang lama hari rawat pasien di rumah sakit maka akan mempengaruhi besarnya biaya yang dikeluarkan. Ketidak tersediaan clinical pathway juga menjadi satu masalah bagi rumah sakit untuk mengontrol pengeluaran yang terjadi di rumah sakit, keseragaman tindakan yang dilaksanakan dan pemantauan lama rawat inap bagi pasien ini yang perlu diseragamkan. Implementasi clinical pathway diharapkan dapat mengurangi biaya perawatan dan fasilitas, menurunkan durasi perawatan (*length of stay*), meningkatkan indeks kualitas hidup, peningkatan keluaran klinis (*clinical outcome*) dan mengurangi tindakan yang tidak perlu (Eka Ratnawati, 2022).

Dampak apabila klaim terlalu rendah atau selisih tarif negative terlalu besar, maka hal tersebut tidak dapat membiayai treatment cost yang telah dikeluarkan oleh pihak rumah sakit, sehingga penyedia pelayanan kesehatan akan berupaya mengurangi pengeluaran dengan menurunkan kualitas. Selain itu, dengan selisih tarif yang besar akan sangat mengganggu operasional rumah sakit karena arus kas yang tersendat, menyebabkan pelayanan di rumah sakit terganggu seperti terganggunya pembayaran obat kepada pihak ketiga yang menyebabkan kekosongan obat serta keterlambatan pembayaran jasa pelayanan kepada staf rumah sakit yang jika kondisi tersebut terus berlangsung dapat berpengaruh terhadap kinerja, kepuasan dan motivasi staf rumah sakit (Eka Ratnawati, 2022).

Faktor lain penyebab selisih negatif adalah tingkat keparahan (*severity level*), diagnosis juga menentukan besar kecilnya tarif INA-CBGs pasien, semakin tinggi tingkat keparahan maka akan semakin tinggi biaya perawatan pasien di rumah sakit. Perbedaan tarif juga disebabkan oleh komplikasi, jenis obat, tindakan transfusi dan komorbid yang tidak tertanggung di dalam tarif INA-CBGs.

Berdasarkan data yang diperoleh dari residensi di RS Simpang Lima Gumul (SLG) Kediri didapatkan bahwa masih terjadinya selisih tarif BPJS Kesehatan dengan tarif riil rumah sakit. Dari data pasien rawat inap RS SLG bulan Oktober 2023 masih terdapat selisih negatif sebanyak 65,4% dari 593 dengan total pasien sebanyak 907 pasien. Adapun sebaran kode penyakit berdasarkan ICD 10 yang mengalami selisih negative adalah sebagai berikut.



Gambar 1. 1 Jumlah Diagnosa Berdasarkan Kode ICD 10 yang Mengalami Selisih Negatif
 Sumber : Data Sekunder Rekapitulasi Rawat Inap Bulan Oktober 2023 RS SLG Kediri

Berdasarkan gambar 1.1 diatas kode N merupakan diagnosa dengan jumlah terbesar yang mengalami selisih negatif yakni sebanyak 59 pasien. Berikut adalah selisih tarif negative dan diambil rata-rata per pasien dalam kode N-Urinary

Tarif	Jumlah	Selisih Tarif BPJS Kesehatan dan Tarif RS	Per Pasien
Jumlah Tarif BPJS	Rp281.678.400	-Rp222.945.234	Rp. 4.371.475
Jumlah Tarif RS	Rp504.623.634		

Oleh karena itu, pada kegiatan residensi ini saya tertarik untuk melakukan analisis factor – factor yang menyebabkan adanya selisih negative pada diagnose kode N-Urinary.

Tujuan residensi secara umum adalah untuk menganalisis faktor – faktor yang menyebabkan terjadinya selisih tarif antara tarif BPJS Kesehatan dengan tarif rumah sakit pada diagnose kode N-Urinary di Rumah Sakit Simpang Lima Gumul Kediri.

LANDASAN TEORI

Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. 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.

Kepersertaannya wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, dengan tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Seluruh penduduk Indonesia termasuk di dalamnya adalah populasi kunci yang memang hak kesehatannya sesuai mandat UU ditanggung oleh negara. Hal ini yang selalu ditekankan agar populasi kunci dapat memahami dan mengerti serta berperan aktif dalam memenuhi hak individunya maupun hak kelompok terkait kesehatannya.

BPJS

BPJS adalah salah satu lembaga sosial yang dibentuk untuk menyelenggarakan program-program seperti jaminan sosial yang ada di Indonesia. Menurut UU No. 24 Tahun 2011 BPJS akan mengganti sejumlah lembaga-lembaga jaminan sosial yang ada, seperti lembaga asuransi kesehatan PT Askes Indonesia akan diganti menjadi BPJS Kesehatan. BPJS adalah badan hukum publik milik negara yang non-profit dan bertanggung jawab kepada Presiden. Terdapat dua BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Apabila terjadi ketidaksepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas program JKN yang diberikan.

Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis seperti akomodasi. Misalnya: peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan Iuran biaya tambahan. Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta Penerima Bantuan Iurna (PBI) (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Casemix

Sistem casemix adalah 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 negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

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 (PMK No 27, 2014).

Pada Case-mix membutuhkan 14 variabel yang diperoleh dari data rekam medis antara lain:

1. Identitas pasien (misal, nomor RM,dll)
2. Tanggal masuk RS
3. Tanggal keluar RS
4. Lama hari rawat (LOS)
5. Tanggal lahir



6. Umur (th) ketika masuk RS
7. Umur (hr) ketika masuk RS
8. Umur (hr) ketika keluar RS
9. Jenis kelamin
10. Status keluar RS (Outcome)
11. Berat Badan Baru lahir (gram)
12. Diagnosis Utama
13. Diagnosis sekunder (komplikasi & Ko-morbiditi)
14. Prosedur/pembedahan utama

HASIL

3.1. Kondisi Tempat Residensi

3.1.1. Lokasi

Residensi ini dilaksanakan di RSUD Simpang Lima Gumul (SLG) Kediri. Rumah sakit ini beralamatkan di Jalan Galuh Candrakirana, Tugurejo, Kec. Ngasem, Kabupaten Kediri, Jawa Timur. Pembangunan rumah sakit ini di mulai pada tahun 2016 dan tahap kedua pada tahun 2017 dan mulai beroperasi pada tahun 2018. RSUD Simpang Lima Gumul merupakan rumah sakit tipe C milik pemerintah Kabupaten Kediri yang berdiri pada lahan seluas 75.504 m² dengan luas bangunan 22.469 m².

Lokasi RSUD SLG berada pada lokasi yang strategis karena berada pada pusat pemerintahan Kabupaten Kediri dan di titik tengah Kabupaten Kediri. Faktor – faktor yang menjadi dasar pemilihan lokasi tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Faktor Geopolitik, yaitu melengkapi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan utama di ibukota kabupaten. Kecamatan Ngasem, secara de jure adalah Ibu Kota Kabupaten Kediri karena terdapat kantor bupati dan kantor DPRD yang tepatnya di Desa Sukorejo sebagai pusat kegiatan pemerintahan.
- b. Faktor Kemudahan Akses, yaitu posisi UOBK RSUD SLG Kediri yang berada di tengah-tengah wilayah geografis Kabupaten Kediri akan memudahkan akses masyarakat dari berbagai kecamatan untuk memperoleh pelayanan rujukan.
- c. Faktor Demografi, yaitu berupa tingkat pertumbuhan dan kepadatan penduduk yang cukup tinggi menjadi salah satu faktor penting bagi pemerintah daerah untuk membangun dan mengembangkan berbagai fasilitas kesehatan dasar maupun rujukan.

Sumber Daya Manusia

Adapun jumlah tenaga kerja yang bekerja di RSUD SLG Kediri hingga Januari 2022 sudah tercatat sebanyak 515 orang dengan 140 berstatus PNS sedangkan 375 sisanya tenaga kontrak. Tabel 3.1 dibawah menunjukkan detail jumlah SDM sesuai dengan kualifikasinya.

Tabel 1. Tabel Sebaran Jumlah SDM di RSUD SLG Kediri

NO	TENAGA KESEHATAN	JUMLAH
1	Dokter Umum	20
2	Dokter Gigi	2
3	Dokter Spesialis	19
4	Dokter Gigi Spesialis	2
5	Perawat	184
6	Bidan	36
7	Tenaga Kesehatan Lainnya	75



8	Non Medis dan Non Kesehatan Lainnya	177
TOTAL		515

Program Layanan

RSUD SLG Kediri adalah bentuk komitmen dari pemerintah Kabupaten Kediri dalam rangka meningkatkan derajat pelayanan Kesehatan masyarakat khususnya masyarakat Kediri dan sekitarnya. Dalam mewujudkan harapan dan cita – cita tersebut, RSUD SLG Kediri berkomitmen memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna dengan memberikan pelayanan yang prima serta berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. Pelayanan prima ini di wujudkan dengan mengimplementasikan lima dimensi pelayanan prima.

Adapun macam – macam jenis layanan yang diberikan oleh RSUD SLG Kediri adalah sebagai berikut.

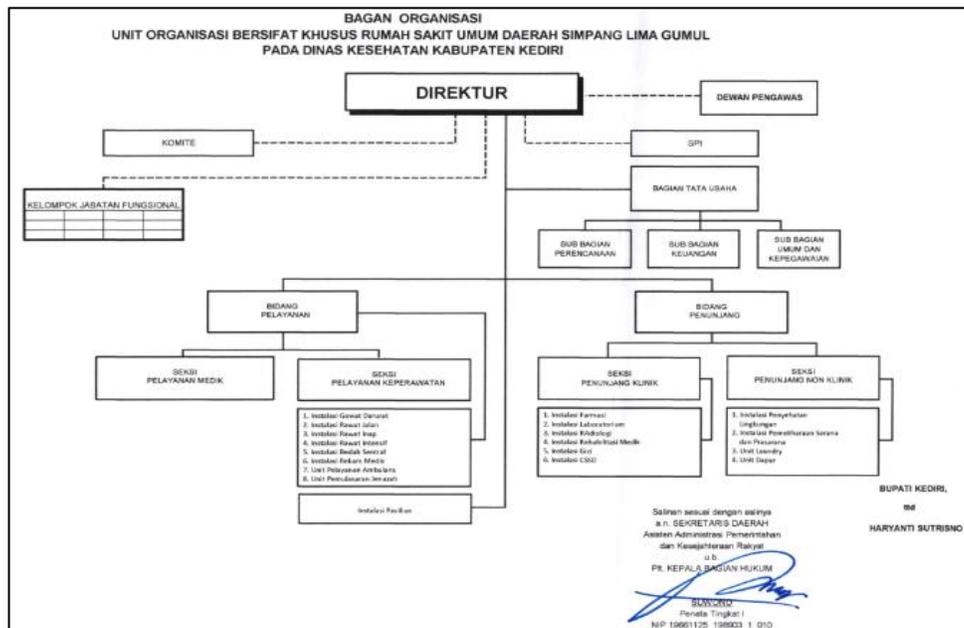
Tabel 1 Jenis Pelayanan di RSUD SLG Kediri

NO	JENIS LAYANAN	NO	JENIS LAYANAN
1	Pelayanan medik dasar / umum	12	Rehabilitasi Medik
2	Pelayanan medik gigi mulut	13	Orthopedi
3	Pelayanan KIA/KB	14	Saraf
4	Pelayanan Gawat Darurat Umum	15	Urologi
5	Penyakit dalam	16	Jantung Konservatif
6	Kesehatan anak	17	Jantung Koroner
7	Bedah	18	Gagal Jantung Kronik
8	Obstetri dan ginekologi	19	Jantung Hipertensi
9	Anestesi	20	Penyakit Jantung Pada Kehamilan
10	Radiologi	21	Tumbuh Kembang Anak & Remaja
11	Patologi Klinik	22	Lower extremity surgery
23	Hand and Micro Surgery	37	Fertilitas Endrokrinologi Reproduksi
24	Konservasi/ endodonsi	38	Epilesi
25	Prosthodonti	39	EKG/EEG/EEG Brain Mapping
26	Pedodonti	40	Pelayanan Farmasi
27	Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetika	41	Bank Darah
28	Perinatologi	42	Sterilisasi/ CSSD
29	Neurologi	43	Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
30	Hemato Onkologi	44	Pemeliharaan Sarana, Prasarana dan Fasilitas
31	Nefrologi	45	Pengelolaan Limbah/ Kesehatan Lingkungan
32	Gastroenterologi Hepatologi	46	Sistem Informasi dan Komunikasi/ SIRS/ IT
33	Endokrin	47	Pemulasaran Jenazah
34	Infeksi dan Penyakit Tropis	48	Tumor musculoskeletal
35	Kedokteran Fetomaternal	49	Emergensi
36	Onkologi Ginekologi	50	Neurorehabilitasu

Sumber : https://sirs.kemkes.go.id/fo/home/profile_rs/3506066

Struktur Organisasi

Struktur organisasi RSUD SLG Kediri berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 6 Tahun 2021 tentang Pembentukan Unit Organisasi Bersifat Khusus RSUD Simpang Lima Gumul (UOBK RSUD SLG Kediri). Adapun bagan/ struktur organisasi adalah sebagai berikut.



Gambar 1. Struktur Organisasi RSUD SLG Kediri

Pengkajian

Berdasarkan Data Sekunder Rekapitulasi Rawat Inap Bulan Oktober 2023

Hasil yang diperoleh pada saat residensi di RS Simpang Lima Gumul (SLG) Kediri adalah sebagai berikut. Berdasarkan data sekunder yang diterima yakni data rawat inap pasien dengan diagnosa penyakit kode N-Urinary berdasarkan ICD-10 pada Bulan Oktober 2023 diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 3. Selisih Tarif Pada Pasien dengan Kode N-Urinary Berdasarkan ICD 10 Pada Periode Oktober 2023

Selisih Tarif	Jumlah	Persentase
Selisih Tarif Positif	10	16,4 %
Selisih Tarif Negatif	51	83,6 %
Total	61	100%

Berdasarkan table 3.3 diatas diketahui bahwa sebesar 51 pasien (83,6 %) yang diajukan ke BPJS Kesehatan ditemukan adanya selisih tarif negatif antara tarif dari BPJS Kesehatan dengan tarif yang dikeluarkan oleh rumah sakit selama periode perawatan.

Tabel 4. Jumlah Selisih Tarif Pada Pasien dengan Kode N-Urinary Berdasarkan ICD 10 Pada Periode Oktober 2023

Tarif	Jumlah	Selisih Tarif BPJS Kesehatan dan Tarif RS	Per Pasien
Jumlah Tarif BPJS	Rp281.678.400	-Rp 222.945.234	Rp. 4.371.475
Jumlah Tarif RS	Rp504.623.634		



Berdasarkan tabel 4 diatas diketahui bahwa terdapat selisih tarif negative antara tarif BPJS Kesehatan dengan tarif yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit. Selisih sebesar Rp. 222.945.234 atau sebesar 44,2 % dari total biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit selama perawatan pasien.

Tabel 2 Kelompok INA – CBGs Pada Diagnosa Penyakit Kode N-Urinary Pada Periode Oktober 2023 yang Mengalami Selisih Tarif Negatif

INACBG	DESKRIPSI INACBG	Jumlah	%
N-1-20-I	Prosedur Saluran Urin Atas (Ringan)	4	7,9
N-1-40-I	Prosedur Pada Uretra Dan Transuretra (Ringan)	24	47
N-4-10-II	Tumor Ginjal & Saluran Urin & Gagal Ginjal (Sedang)	3	5,9
N-4-10-III	Tumor Ginjal & Saluran Urin & Gagal Ginjal (Berat)	2	3,9
N-4-12-I	Infeksi Ginjal Dan Saluran Urin (Ringan)	14	27,5
N-4-12-III	Infeksi Ginjal Dan Saluran Urin (Berat)	1	1,9
N-4-13-I	Batu Urin (Ringan)	3	5,9
Total Keseluruhan		51	100

Berdasarkan tabel 5 diatas diketahui bahwa kelompok INA – CBGs pada diagnosa kode N-Urinary di periode Bulan Oktober 2023 yang tertinggi mengalami selisih tarif negatif antara tarif BPJS Kesehatan dan tarif rumah sakit adalah kelompok kode INA – CBGs N-1-40-I Prosedur Pada Uretra dan Transuretra (Ringan) sejumlah 24 pasien (47%).

Tabel 3 AvLOS (Average Length of Stay) Pada Diagnosa Penyakit Kode N-Urinary Pada Periode Oktober 2023 yang Mengalami Selisih Tarif Negatif

INA - CBGs	AvLos
N-1-20-I	4
N-1-40-I	3
N-4-10-II	3
N-4-10-III	4
N-4-12-I	3
N-4-12-III	6
N-4-13-I	3
Total Keseluruhan	3

Berdasarkan tabel 6 diatas diketahui bahwa rata – rata lama rawat (AvLos) pada diagnosa penyakit kode N-Urinary di periode Oktober 2023 yang mengalami selisih tarif negatif antara tarif BPJS Kesehatan dan tarif rumah sakit adalah selama 3 hari. Rata – rata lama rawat (AvLos) tertinggi pada kelompok INA – CBGs N-4-12-III Infeksi Ginjal Dan Saluran Urin (Berat) yakni selama 6 hari.

Tabel 7 Casemix Main Group (CMG) Pada Diagnosa Penyakit Kode N-Urinary Pada Periode Oktober 2023 yang Mengalami Selisih Tarif Negatif

CMG	Deskripsi CMG	Jumlah	%	AvLos
N	Nephro-urinary System Groups	51	100 %	3
Total Keseluruhan		51	100 %	3

Berdasarkan tabel 7 diatas, diketahui bahwa hanya terdapat satu *casemix main group* (CMG) yakni N pada diagnose penyakit Kode N-Urinary periode bulan Oktober 2023 yang mengalami



selisih tarif negatif sebanyak 51 (100%) atau seluruhnya.

Tabel 4 Case Type Pada Diagnosa Penyakit Kode N-Urinary Pada Periode Oktober 2023 yang Mengalami Selisih Tarif Negatif

Case Type	Deskripsi Case Type	Jumlah	%	AvLos
1	Prosedur Rawat Inap	28	55%	3
4	Rawat Inap Bukan Prosedur	23	45%	4
Total Keseluruhan		51	100%	3

Berdasarkan tabel 8 diatas, diketahui bahwa *case type* terbanyak pada diagnosa penyakit kode N-Urinary di periode bulan Oktober 2023 yang mengalami selisih tarif negatif adalah case type Grup – 1 (Prosedur Rawat Inap) sebanyak 28 (55%).

Tabel 5 Severity Level Pada Diagnosa Penyakit Kode N-Urinary Pada Periode Oktober 2023 yang Mengalami Selisih Tarif Negatif

Severity Level	Deskripsi Severity Level	Jumlah	%	AvLos
I	Ringan untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)	45	88,2%	3
II	Sedang untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)	3	5,9%	3
III	Berat untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan <i>major</i> komplikasi dan komorbodity)	3	5,9%	5
Total Keseluruhan		51	100%	3

Berdasarkan tabel.9 diatas, diketahui bahwa tingkat keparahan (*severity level*) pada diagnosa penyakit kode N-Urinary di periode bulan Oktober 2023 yang mengalami selisih tarif negatif adalah tingkat keparahan (*severity level*) I yakni tingkat keparahan ringan untuk rawat inap (tanpa komplikasi maupun komorbiditi) sebanyak 45 (88,2%).

Berdasarkan Hasil Wawancara

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada saat residensi di RS Simpang Lima Gumul (SLG) Kediri didapatkan informasi bahwa terdapat 5 orang yang bertugas di bagian casemix dengan rincian 1 orang sebagai verifikator adalah seorang dokter, 2 orang sebagai koder di rawat inap dan 2 orang sebagai koder di rawat jalan. Semua koder yang bertugas sudah perekam medis.

Rumah Sakit SLG belum ada admin di masing – masing ruang rawat inap sehingga tidak dapat mengupdate secara *real time* inputan data. Hal ini dikarenakan belum adanya struktur organisasi yang mewadahi bagian tersebut karena masih terbentur dengan jabfung atau jabatan fungsionalnya nanti.

Selain itu, belum adanya unit casemix yang berdiri sendiri menjadi sebuah struktur organisasi. Sumber daya yang ada masih menjalankan peran dan fungsi ganda sehingga dirasa kurang focus dengan pekerjaannya, masih adanya tenaga medis yang memberikan pelayanan berlebih dan adanya kasus diagnose yang bisa ditangani di faskes tingkat pertama namun tidak dilakukan rujuk balik.

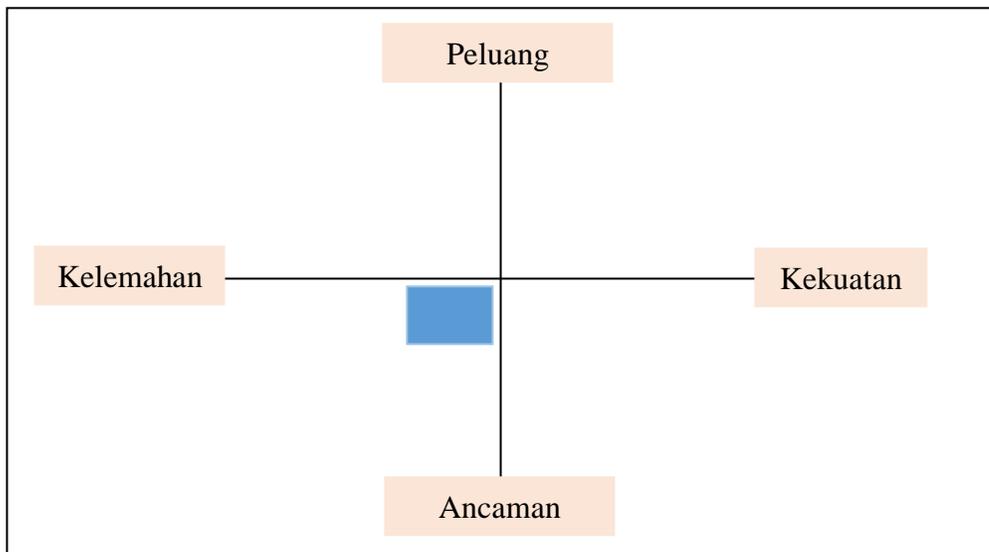
Hal lain yang menjadi kendala adalah belum adanya *clinical pathway* tentang diagnosa pada kode N-Urinary. Hal ini menyebabkan belum adanya standart pelayanan dari rumah sakit sehingga masih ditemukan pemberian pelayanan yang melebihi dari seharusnya, adanya pemberian pelayanan yang tidak diperlukan.



Selama proses koding dan input data pada system *eklaim* tidak ada kendala dan fasilitas penunjang sudah mencukupi. Kendala ada selama proses pengklaiman adalah terkait dengan waktu kembalinya berkas rekam medis yang terkadang masih lama, adanya dpjp (dokter penanggung jawab pasien) yang menuliskan rekam medis lebih dari 2 x 24 jam hal ini menghambat proses penginputan. Terhambatnya proses inputan dapat berdampak pada penumpukan berkas yang harus di koding dan kemudian di inputkan pada system.

Selain itu terkadang adanya diagnosa yang tidak disertai dengan bukti penunjang yang dapat mendukung penegakan diagnose tersebut sehingga koder akan kesulitan dalam menegakkan koding penyakit yang benar dan tepat. Apabila koding penyakit yang tertuliskan kurang tepat maka akan berpengaruh terhadap grouping INA – CBGs sehingga memungkinkan adanya kesalahan tarif INA – CBGs.

Berdasarkan dari perhitungan nilai masing – masing factor internal dan eksternal pada tabel 3.11 dan 3.12 diatas diketahui bahwa nilai skor akhir pada kekuatan – kelemahan (S – W) adalah -0,65 dan nilai peluang – tantangan (O-T) adalah -1,2. Gambar diagram layang SWOT berdasarkan hasil perhitungan tersebut untuk menentukan posisi kuadran SWOTnya adalah sebagai berikut.



Gambar 1 Diagram Layang SWOT

Berdasarkan gambar 3.4 diatas diketahui bahwa strategi yang dapat diterapkan adalah berada pada kuadran IV atau strategi defensive. Kuadran IV merupakan situasi yang sangat tidak menguntungkan, perusahaan tersebut menghadapi berbagai ancaman dan kelemahan internal. Strategi defensive atau Strategi WT (*Weakness-Threath*). Strategi ini didasarkan pada kegiatan yang bersifat defensif, berusaha meminimalkan kelemahan-kelemahan perusahaan serta sekaligus menghindari ancaman-ancaman.

IFAS	
Kekuatan (Strength) <ul style="list-style-type: none"> Seluruh perekam medis sudah lulusan rekam medis 	Kelemahan (Weakness) <ul style="list-style-type: none"> Sumber daya yang ada masih menjalankan peran dan fungsi ganda Pengembalian BRM yang terkadang masih



<p>EFAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas penunjang untuk proses klaim telah tersedia • Sudah terdapat SOP terkait dengan proses klaim 	<p>lama sehingga mempengaruhi koding dan input ke eklaim</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unit casemix belum berdiri sendiri menjadi unit terpisah yang tertulis pada struktur organisasi • Belum adanya clinical pathway pada diagnose kode N-Urinary
<p>Peluang (Opportunity)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan kesejahteraan masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan • Memenuhi hak pasien atas jaminan kesehatan sosial bagi seluruh masyarakat • RS dapat meningkatkan jumlah pasien 	<p>Strategi S-O</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan petugas klaim terkait dengan proses klaim dan pengkodean • Sosialisasi terkait dengan SOP • Penambahan SDM terutama di bagian koder dengan basic lulusan DIV Rekam Medis atau Manajemen Informasi Kesehatan 	<p>Strategi W-O</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan pelayanan kepada pasien mulai dari awal pasien masuk RS hingga pasien keluar RS • Mendiskusikan terkait dengan pembuatan clinical pathway khususnya pada kode N-Urinary • Mensosialisasikan kembali terkait dengan SOP pengembalian BRM serta pentingnya pengembalian BRM tepat waktu
<p>Ancaman (Threats)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Banyaknya RS yang bekerja sama dengan BPJS • Tuntutan ketepatan klaim baik dari segi koding dan waktu • Peraturan BPJS yg berubah ubah • Adanya klaim bpjs yang harus dikembalikan karena audit bpjs • Adanya selisih tarif antara bpjs kesehatan dengan tarif RS 	<p>Strategi S-T</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktif dalam mempelajari terkait dengan peraturan BPJS • Berkolaborasi dengan tim casemix untuk meminimalkan berkas klaim yang Kembali • Pelatihan petugas klaim terkait dengan proses klaim dan pengkodean 	<p>Strategi W-T</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyusun kembali sistem organisasi yang ada di RS • Membuat unit khusus untuk casemix sehingga SDM yang terlibat dapat bekerja lebih optimal dan tidak menjadi <i>double jobdes</i> • Membuat clinical pathway terkait dengan diagnose kode N-Urinary yang sering terjadi

Rencana Intervensi

Berdasarkan hasil analisis akar permasalahan dengan menggunakan diagram fishbone, penentuan prioritas permasalahan dengan menggunakan analisis USG serta analisis situasi dengan menggunakan analisis SWOT maka rencana intervensi sesuai dengan hasil analisis yang telah dilakukan adalah sebagai berikut.

1. Membuat clinical pathway terkait dengan diagnose kode N-Urinary yang sering terjadi. Adanya clinical pathway dapat menjadi salah satu standart pelayanan di rumah sakit.



2. Menyesuaikan tarif pelayanan pasien BPJS dengan tarif grup INACBGs sedangkan tarif pasien umum menggunakan tarif rumah sakit.
3. Menambah sumber daya manusia terutama koder dengan basic lulusan DIV Rekam Medis atau Manajemen Informasi Kesehatan
4. Membuat unit khusus untuk casemix sehingga SDM yang terlibat dapat bekerja lebih optimal dan tidak menjadi *double jobdes*

Adapun rencana intervensi yang dilakukan adalah berkoordinasi dengan dokter penanggung jawab di bidang spesialisasi obstetric dan ginekologi di RSUD Simpang Lima terkait dengan clinical pathway persalinan SC. *Clinical Pathway* terlampir.

Clinical Pathway adalah Salah satu alat manajemen penyakit yang dapat mengurangi variasi pelayanan, meningkatkan outcome klinik dan juga penghematan pemakaian sumber daya/finansial (catatan: masih diperdebatkan) . Sebuah rencana detail setiap tahap penting dari pelayanan kesehatan, bagi sebagian besar pasien dengan masalah klinis (diagnosis atau prosedur) tertentu, berikut dengan hasil yang diharapkan. Nama lain seperti: Critical care pathway, Integrated care pathway, Coordinated care pathway, Caremaps®, atau Anticipated recovery pathway.

Clinical pathway memberikan cara bagaimana mengembangkan dan mengimplementasikan clinical guideline kedalam protokol lokal (yang dapat dilakukan). Clinical pathway juga menyediakan cara untuk mengidentifikasi alasan mengapa terjadi sebuah variasi yang tidak dapat diidentifikasi melalui audit klinik. Clinical pathway juga dapat merupakan alat dokumentasi primer yang menjadi bagian dari keseluruhan proses dokumentasi pelayanan dari penerimaan hingga pemulangan pasien.

Berikut adalah beberapa manfaat dari adanya clinical pathway.

1. Memilih pelayanan kesehatan terbaik
2. Menetapkan standar lamanya hari perawatan, prosedur pemeriksaan klinik dan jenis penatalaksanaannya
3. Menilai hubungan antara berbagai tahap dan membantu proses koordinasi
4. Memberikan pedoman kepada seluruh staf RS termasuk tentang variasi
5. Menyediakan kerangka kerja pengumpulan data
6. Menurunkan beban dokumentasi dokter
7. Meningkatkan kepuasan pasien melalui edukasi

Berikut adalah beberapa manfaat dari adanya clinical pathway.

1. Menghemat penggunaan sarana, meningkatkan luaran klinis, meningkatkan kepuasan pasien, dan praktisi klinis, serta menurunkan biaya perawatan
2. Penurunan length of stay dan penurunan biaya perawatan
3. Memfasilitasi early discharge, meningkatkan indeks kualitas hidup
4. Menurunnya length of stay, meningkatnya clinical outcome, meningkatkan economic outcome, mengurangi tindakan yang tidak diperlukan

KESIMPULAN

Kesimpulan hasil dari kegiatan residensi yang dilakukan di RS Simpang Lima Gmul Kediri dengan judul znlisis penyebab terjadinya selisih tarif bpjs kesehatan dengan tarif rumah sakit pada diagnosa Kode N-Urinary di RSUD Simpang Lima Gumul Kediri adalah sebagai berikut :

1. Faktor penyebab terjadinya selisih tarif rumah sakit dengan tarif BPJS Kesehatan yang di analisis dengan menggunakan diagram fishbone antara lain adalah
(1) Man



- a) Belum adanya admin di masing masing ruang rawat inap sehingga tidak dapat mengupdate secara *real time* inputan data. Hal ini dikarenakan belum adanya struktur organisasi yang mewadahi bagian tersebut karena masih terbentur dengan jabfung atau jabatan fungsionalnya nanti.
- b) Sumber daya yang ada masih menjalankan peran dan fungsi ganda
- (2) Method
 - a) Belum adanya clinical pathway terkait dengan diagnose kode N-Urinary
 - b) Unit casemix belum berdiri sendiri menjadi sebuah unit terpisah yang tertuliskan pada stuktur organisasi
- (3) Material
 - a) adanya diagnosa yang tidak disertai dengan bukti penunjang yang dapat mendukung
- (4) Machine
 - a) Hasil gruping INA CBG tertinggi adalah tindakan bedah
 - b) Adanya hasil gruping dengan severity level II
- (5) Mother Nature
 - a) Tarif rumah sakit yang relatif tinggi sehingga menyebabkan terjadinya selisih yang lebih besar
2. Prioritas penyelesain terjadinya selisih tarif antara tarif BPJS Kesehatan dengan tarif rumah sakit pada diagnose kode N-Urinary di Rumah Sakit Simpang Lima Gumul Kediri dengan analisis USG (*Urgency, Seriuosness, Growth*) adalah Unit casemix belum berdiri sendiri menjadi unit terpisah yang tertuliskan pada strktur organisasi
 - a. Belum adanya clinical pathway pada diagnose kode N-Urinary
 - b. Adanya diagnosa yang tidak disertai dengan bukti penunjang yang dapat mendukung
 - c. Sumber daya yang ada masih menjalankan peran dan fungsi ganda
 - d. Adanya DPJP (dokter penanggung jawab pasien) yang menuliskan rekam medis lebih dari 2 x 24 jam
 - e. Pengembalian BRM yang terkadang masih lama sehingga mempengaruhi koding dan input ke eklaim
 - f. Belum adanya admin di masing masing ruang rawat inap
 - g. Hasil gruping INA CBG tertinggi adalah tindakan bedah
 - h. Adanya hasil gruping dengan severity level II
3. Strategi yang dapat digunakan sehingga selisih tarif tidak terlalu tinggi antara tarif BPJS Kesehatan dengan tarif rumah sakit pada diagnose kode N-Urinary di Rumah Sakit Simpang Lima Gumul Kediri dengan analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Thread*) adalah dengan menggunakan strategi defensive.

SARAN

1. Membuat clinical pathway terkait dengan diagnose kode N-Urinary yang sering terjadi. Adanya clinical pathway dapat menjadi salah satu standart pelayanan di rumah sakit.
2. Menyesuaikan tarif pelayanan pasien BPJS dengan tarif grup INACBGs sedangkan tarif pasien umum menggunakan tarif rumah sakit.
3. Menambah sumber daya manusia terutama koder dengan basic lulusan DIV Rekam Medis atau Manajemen Informasi Kesehatan



4. Membuat unit khusus untuk casemix sehingga SDM yang terlibat dapat bekerja lebih optimal dan tidak menjadi *double jobdes*

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Eka Ratnawati, G. P. (2022). *Faktor Faktor yang Menyebabkan Perbedaan Selisih Klaim Negatif Tarif INA CBGs Dengan Tarif riil Pada Pasien DBD Rawat Inap JKN di RSUD Soreang Tahun 2022*. Retrieved from Siakad STIKes DHB: <https://siakad.stikesdhb.ac.id/article/4001200004/>
- [2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci*. Jakarta: Kemenkes.
- [3] PMK No 27. (2014). *Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA CBGs)*. Jakarta.
- [4] Rahmiyati, A. L. (2021). *Buku Ajar Konsep Dasar Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan*. Malang: Ahli Media Press.
- [5] Supriyanto, S., Ernawaty, & Budi, F. E. (2018). *Sistem Pembiayaan dan Asuransi Kesehatan*. Sidoarjo: Zifatama Jawara.



HALAMAN INI SENGAJA DIKOSONGKAN