

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Pengenalan Bab**

Dalam bab ini, peneliti memaparkan mengenai hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD DR.R.Soetrasno tentang strategi yang digunakan oleh RSUD DR.R.Soetrasno dalam menjadikan BPJS sebagai sumber peningkatan pendapatan. Di bagian awal ,menjelaskan mengenai profil objek peneliti yaitu profil dari RSUD DR.R.Soetrasno. Berikutnya peneliti memaparkan jawaban dari rumusan masalah yang telah di tetapkan berdasarkan data yang telah diperoleh selama penelitian.

#### **4.2 Profil Objek Penelitian RSUD DR.R.SOETRASNO REMBANG**

##### **4.2.1 Sejarah Berdirinya RSUD DR.R.SOETRASNO REMBANG**

Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang berdiri pada masa penjajahan Belanda. Setelah Kemerdekaan Republik Indonesia, RSUD dr. R. Soetrasno Rembang dipindahkan di Jl. R. Saleh No 3 Rembang. Pada tanggal 10 Pebruari 1955, Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang menempati gedung resmi yang berada di Desa Kabongan Kidul Kecamatan Rembang.

Pada tahun 1979 Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang merupakan Rumah Sakit tipe D, kemudian pada tahun 1983

telah meningkat menjadi Rumah Sakit Tipe C. Nama Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno didapatkan ,dari hasil survey masyarakat rembang yang lebih banyak mengingat nama rumah sakit karena dr. R. Soetrasno yang bertugas sebagai dokter yang bertugas di rumah sakit. Maka , diubah menjadi RSUD dr. R. Soetrasno Kabupaten Rembang.

Berdasarkan keputusan Bupati Rembang Nomor 445/659/2009., RSUD dr. R. Soetrasno Rembang ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). RS Unggulan di Jawa Tengah Bagian Timur.

#### **4.2.2 Visi dan Misi**

##### **Visi**

Visi RSUD dr. R. Soetrasno Rembang yang telah dibuat pada tahun 2008 adalah:

” Menjadi Rumah Sakit Unggulan Di Wilayah Jawa Tengah Bagian Timur”

Penjelasan :

1. RSUD dr. R. Soetrasno Rembang ingin menjadi Rumah Sakit unggulan di wilayah Jawa Tengah bagian timur dalam memberikan pelayanan Kesehatan

2. RSUD dr. R. Soetrasno Rembang unggul dalam pelayanan mencakup berbagai aspek yaitu: Transparansi, Akuntabel, Pelayanan Prima, Bersih dan Profesional.

### **Misi**

Sejalan dengan Visi Kabupaten Rembang Terwujudnya Rembang Sejahtera Dengan Pembangunan Kawasan, maka RSUD dr. R. Soetrasno Rembang sebagai salah satu Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang bergerak di bidang jasa pelayanan kesehatan memiliki Visi untuk menjadikan RSUD dr. R. Soetrasno menjadi unggulan di kawasan Jawa Tengah bagian Timur, maka disusunlah misi sebagai berikut :

- 1.) Menyelenggarakan pelayanan Rumah Sakit yang Prima (Cepat, Tepat, Ramah) dan Inovatif.
- 2.) Mengupayakan peningkatan mutu pelayanan melalui pemenuhan SDM, Akreditasi dan Sertifikasi.
- 3.) Meningkatkan kompetensi sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana Rumah Sakit.
- 4.) Menjalin Kerjasama dengan institusi yang terkait untuk meningkatkan Kinerja.

### 4.2.3 Kebijakan Mutu, Motto dan Falsafah

#### Kebijakan Mutu

“ Kami Seluruh Karyawan RSUD dr. R. Soetrasno Rembang Berkomitmen Untuk Mencapai Kepuasan Pelanggan Dengan Senantiasa”

1. Meningkatkan Profesionalisme;
2. Meningkatkan sarana prasarana sesuai kebutuhan pelanggan;
3. Menerapkan sistem manajemen mutu ISO 9001:2008 dan Akreditasi Rumah Sakit secara efektif dan efisien.

#### Motto

“ RAMAH DAN PROFESIONAL “

#### Falsafah

"BEKERJA DI RUMAH SAKIT MERUPAKAN IBADAH DAN WUJUD PENGABDIAN KEPADA KEMANUSIAAN "

### 4.2.4 Nilai-nilai atau Budaya Rumah Sakit dan Tujuan

#### Nilai-Nilai atau Budaya Rumah Sakit

1. Bekerja dengan kapasitas optimal.
2. Menghindari perilaku negatif.
3. Membuat komitmen demi keberhasilan organisasi.

4. Loyal pada atasan, organisasi, teman sejawat dan mampu mengembangkan potensi.
5. Tidak mengajukan tuntutan yang tidak rasional.
6. Menampilkan prilaku yang bersifat fungsional dan berdedikasi.

### **Tujuan**

1. Terwujudnya RSUD dr. R. Soetrasno Rembang yang mempunyai fasilitas yang memadai serta memiliki sumber daya manusia yang profesional.
2. Terwujudnya pelayanan kesehatan prima dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat serta memberikan kepuasan bagi pengguna jasa Rumah Sakit.
3. Terwujudnya RSUD dr. R. Soetrasno Rembang yang berperan aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
4. Terciptanya iklim kondusif yang menunjang daya saing Rumah Sakit.

**Gambar 4.1**

### Logo RSUD DR.R.SOETRASNO REMBANG



#### 4.2.5 Layanan RSUD DR.R. Soetrasno

**Tabel 4.1**  
**Tarif Pelayanan Rawat Jalan**

No	Jenis Pelayanan Rawat Inap	Jasa Sarana	Jasa Pelayanan Perawatan	Jasa Medis		Tarif
				Umum	Spesialis	
1	Akomodasi kelas II	39.000	15.000	7.500		61.500
		39.000	15.000		15.000	69.000
2	Akomodasi Kelas I	52.000	20.000	10.000		82.000
		52.000	20.000		20.000	92.000
3	Akomodasi VIP Pratama	100.000	40.000	20.000		160.000
		100.000	40.000		40.000	180.000
4	Akomodasi VIP Madya	150.000	60.000	30.000		240.000
		150.000	60.000		60.000	270.000
5	Akomodasi VIP Utama	200.000	80.000	40.000		320.000
		200.000	80.000		80.000	360.000
6	Akomodasi ICU/PICU	120.000	48.000	24.000		192.000
		120.000	48.000		52.000	220.000
7	Akomodasi Peristi	120.000	48.000	24.000		192.000
		120.000	48.000		52.000	220.000
9	Akomodasi One Day Care	30.000	12.000	6.000		48.000
		30.000	12.000		12.000	54.000
10	Akomodasi IGD	39.000	16.000	8.000		63.000
		39.000	16.000		16.000	71.000
11	Akomodasi HND	100.000	40.000	20.000		160.000
		100.000	40.000		40.000	180.000
12	Akomodasi Isolasi	39.000	16.000	8.000		63.000
		39.000	16.000		16.000	71.000
13	Akomodasi One Day Care VIP	300.000	120.000	60.000		480.000
		300.000	120.000		120.000	540.000

**Kapasitas Jumlah Kamar Pasien di RSUD DR.R.Soetrasno Rembang**

**No. Jenis Jumlah**  
**tempat tidur**

**A. Kelas**

<b>1</b>	<b>VVIP</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>VIP utama</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>VIP madya</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Kelas I</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>Kelas II</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>Kelas III</b>	<b>87</b>
	<b>Sub Total</b>	<b>170</b>

**No. Jenis Jumlah**  
**tempat tidur**

**Non Kelas**

<b>1</b>	<b>Intensif</b>	<b>51</b>
<b>2</b>	<b>Isolasi</b>	<b>23</b>
	<b>Sub Total</b>	<b>74</b>
	<b>Total</b>	<b>244</b>

#### 4.2.6 Struktur Organisasi



<b>NAMA</b>	<b>JABATAN</b>
<b>dr. H. Agus Setiyo HP., M.Kes</b>	<b>Direktur</b>
<b>dra. Sutartik</b>	<b>Kepala Bagian Tata Usaha</b>
<b>dr. Hj. Laksmi Iwandari</b>	<b>Kepala Bagian Medik dan Keperawatan</b>
<b>Hj. Retno DwPurwani,SKM,M.Kes</b>	<b>Kepala Bagian Penunjang Keamanan</b>
<b>Supriyo, SKM, MM</b>	<b>Kepala Bidang Pengembangan dan Informasi</b>
<b>Hj. Maryatin, S.Sos</b>	<b>Kepala Sub. Bagian Umum dan Kepegawaian</b>
<b>H. Purwanto, S.Kep</b>	<b>Kepala Sub. Bagian Perencanaan</b>
<b>H. Soetrisno, SE, M.Si</b>	<b>Kepala Sub. Bagian Keuangan</b>
<b>dr. H. Cahyo Nugroho, M.Kes</b>	<b>Kepala Seksi Pelayanan Medis</b>
<b>Hj. Juwariyah, S.Kep</b>	<b>Kepala Seksi Pelayanan</b>
<b>dr. Budi Dharmawan</b>	<b>Kepala Seksi Penunjang Medik</b>
<b>Drs. G. Dri Isnawan, Apt. M.Kes</b>	<b>Kepala Seksi Penunjang Non Medik</b>
<b>Nurdin Fahrudi, S.Kep, M.Kes</b>	<b>Kepala Seksi Pengembangan</b>
<b>Zaenal Abidin, S.ST</b>	<b>Kepala Seksi Informasi</b>

#### **4.2.7 Rsud Dr.R Soetrasno dalam mengajukan klaim.**

Dalam pengajuan klaim, ketentuan maupun cara sama dan sesuai dengan BPJS Kesehatan , yang dijelaskan sebagai berikut :

Terdapat beberapa ketentuan yang harus diperhatikan dalam pengajuan klaim BPJS, diantaranya yaitu :

- 6) Untuk pengajuan klaim fasilitas kesehatan, dapat dilakukan setiap bulan paling lambat pada tanggal sepuluh bulan berikutnya. Kecuali apabila kapitasi, maka tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.
- 7) BPJS Kesehatan diwajibkan untuk membayar pelayanan yang diberikan kepada peserta ,dengan ketentuan paling lambat yaitu lima belas hari kerja sejak dokumen klaim diterima secara lengkap di Kantor BPJS.
- 8) Tugas dari tim kendali biaya dan tim kendali mutu :
  - d) Mengadakan sosialisasi mengenai kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensinya.
  - e) Audit medis dan *Utilization review*;
  - f) Disiplin profesi dan Pembinaan etika kepada seluruh tenaga kesehatan.

9) Kadaluarsa Klaim

a.) Klaim Kolektif Pemerintah dan klaim kolektif Swasta atas fasilitas kesehatan yaitu paling lambat dua tahun setelah pelayanan tersebut diberikan.

b.) Pengajuan batas waktu klaim perorangan yaitu dua tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali telah diatur dan dibuat secara khusus.

10) Kelengkapan administrasi klaim umum

b.) Fasilitas Kesehatan pada Tingkat Pertama

1) Formulir pengajuan klaim yang dirangkap menjadi tiga.

2) Softcopy dari data pelayanan yang telah menggunakan aplikasi P-Care atau aplikasi BPJS Kesehatan lain.

3) Kuitansi asli yang telah bermaterai dan ditanda tangani.

4) Bukti pelayanan kesehatan yang telah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.

b) Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan.

1) Formulir pengajuan klaim yang menjadi tiga rangkap.

2) Berkas Softcopy dari luaran aplikasi.

3) Kwitansi asli yang telah bermaterai dan telah ditanda tangani.

4) Bukti pelayanan kesehatan yang telah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarganya.

#### Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

#### 2. Klaim Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP).

Besaran kapitasinya adalah sebagai berikut:

No	Fasilitas Kesehatan	Tarif
1	Puskesmas.	Rp 3.000,00 s.d Rp 6.000,00
2	Rumah Sakit, Praktek Dokter, Klinik..	Rp 8.000,00 s.d Rp 10.000,00
3	Praktik Dokter gigi.	Rp 2.000,00

- Tarif kapitasi di Puskesmas sebesar Rp. 6.000,00 dan tarif kapitasi di Rumah Sakit kelas D sebesar Rp. 10.000,00.
- Tarif kapitasi dokter gigi yaitu ,sebesar Rp 2.000,00 per jiwa.
- BPJS Kesehatan akan membayarkan kapitasi setiap bulan paling lambat pada tanggal lima Belas bulan berjalan.

### Klaim Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

- c.) Biaya pelayanan RITP yaitu sebesar Rp100.000,00 per hari.
- d.) Pengajuan klaim RITP kepada peserta pada bulan sebelumnya ,diajukan secara kolektif kepada Kantor BPJS dengan menyampaikan

kelengkapan sebagai berikut :

- 1) Rekapitulasi pelayanan terdiri dari :
  - a) Nomor Identitas
  - b) Pembinaan etika
  - c) Diagnosa penyakit pasien
  - d) Alamat dan nomor telepon pasien
  - e) Besarnya tarif paket perawatan
  - f) Jumlah hari rawat;
  - g) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan;
- 2) Berkas pendukung :
  - a) Berkas identitas peserta BPJS Kesehatan.
  - b) Surat perintah rawat inap dari Dokter yang memeriksa.
- 3) Persalinan

Berkas pendukung :

- a) Berkas identitas peserta BPJS Kesehatan.
- b) Lembar pelayanan pada Buku KIA, yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan untuk pemeriksaan pelayanan nifas, kehamilan dan termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan.
- c) Partograf yang telah ditandatangani oleh tenaga kesehatan untuk pertolongan persalinan.
- d) Surat keterangan kelahiran pasien.

Pelayanan Darah

- f.) Tarif darah yaitu sebesar Rp360.000,00 per kantong
- g.) Biaya pelayanan darah yaitu terdiri dari sarana, jasa dan dari per-kantong darah.
- h.) Tagihan darah, yang telah diajukan kepada Kantor BPJS secara kolektif setiap bulan oleh PMI.

Pelayanan Obat Program Rujuk Balik pasien

- a.) Tarif Obat sesuai e-catalog , dan telah ditambah dengan faktor pelayanan dan embalage.

b.) Peresepan obat, sesuai dengan Daftar Obat Program Rujuk Balik pasien.

c.) Harga dasar obat, yang sesuai dengan e-catalog dan sesuai dengan ketentuan pemerintah.

d.) Faktor pelayanan pasien.

e.) Ketentuan Embalage :

1) Embalage per resep obat, yaitu sebesar Rp300,00.

2) Embalage untuk setiap resep obat racikan, yaitu sebesar Rp500,00.

Rawat Jalan Tingkat Lanjutan :

a.) Biaya rawat jalan tingkat lanjutan , dibayarkan dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iuran biaya kepada pasien.

b.) Tarif paket INA CBG's, berdasarkan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 69 Tahun 2013.

c.) Tarif paket INA CBGs , sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik alat atau bahan habis pakai, jasa pelayanan, biaya administrasi, sarana, obat dan lain-lain.

- i.) Klaim pasien , diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan, maksimal pada tanggal sepuluh bulan berikutnya.
- j.) Klaim diajukan kepada BPJS setiap bulannya.

Berikut ini adalah berkas- berkasnya :

- a) Surat Eligibilitas Peserta BPJS.
  - b) Resume medis pasien , dari dokter yang merawat.
2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan.
- a.) Biaya rawat inap, dibayarkan dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iuran biaya kepada peserta.
  - b.) Tarif paket INA CBGs berdasarkan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 69 Tahun 2013.
  - c.) Tarif paket INA CBGs sudah mencakup seluruh biaya pelayanan,diantaranya yaitu jasa pelayanan, biaya administrasi sarana, akomodasi, alat habis pakai, obat dan lain-lain.
  - d.) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal pada tanggal sepuluh bulan berikutnya.
  - e.) Tagihan harus disetujui dan ditandatangani oleh Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.



#### **4.2.8 Tarif RSUD DR.R.Soetrasno Rembang**

RSUD dr. R. Soetrasno Rembang adalah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Kabupaten Rembang. Dimana dalam pelayanan pasien BPJS menggunakan tarif dari BPJS Kesehatan , sedangkan pelayanan pasien umum berdasarkan tarif dari peraturan daerah. Untuk keuntungan penjualan obat seluruhnya telah diatur oleh peraturan daerah kabupaten Rembang.

#### **Upaya efisiensi biaya di RSUD DR.R.Soetrasno Rembang**

Upaya yang dilakukan yaitu melalui penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit diantaranya yaitu :

1. Kecepatan ,kesesuaian dan kebenaran pencatatan tindakan diagnosa pelayanan kesehatan.
2. Peningkatan profesionalisme para pegawai Rumah Sakit.
3. Pendaftaran pasien menggunakan system online.

### **4.3 Kendala yang dihadapi RSUD dr.r.Soetrasno**

#### **Kendala yang terjadi di RSUD dr.r.Soetrasno**

1.) Tidak semua klaim menjadi piutang.

Proses penerimaan klaim Rumah Sakit ke BPJS membutuhkan waktu selama 30 hari s.d kurang dari 60 hari dari pengajuan Rumah Sakit, diterima 100% tetapi terdapat kemungkinan yang ditransfer atau yang dibayarkan ke Rumah Sakit kurang dari 100%. Biasanya penyebab hal tersebut adalah kurang lengkapnya berkas rekam medis pasien yang diserahkan ,maka harus menunggu hingga dokumen tersebut lengkap. Jadi, kekurangannya bisa dicairkan di kemudian hari.

2.) Ketidaklengkapan berkas rekam medis pasien yang menjadikan klaim tidak menjadi piutang.

Bagi pasien rawat inap ,keterlambatan penyerahan berkasklaim pasien disebabkan karenaberkas rekam medis daribangsar rawat inap tidak lengkap sehinggaharus dikembalikan untuk dilengkapi olehdokter yang bertanggung jawab.Sedangkan bagi pasien rawat jalan, keterlambatan klaim BPJS disebabkankarena persyaratan dan ketentuanadministrasi klaim yang selalu berubah-ubah membuat banyak berkas klaim yang kurang dan harus dilengkapi lalu dikembalikan olehtim verifikator sehinggaprosesnya menjadi terhambat.

3.) Terlambatnya pembayaran piutang Rumah Sakit Oleh BPJS.

Dari seluruh klaim Rumah Sakit yang diberikan kepada BPJS untuk bisa menjadi piutang dan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dibutuhkan waktu

sekitar 2 s.d 3 bulan. Penyebab keterlambatan pembayaran piutang dari BPJS tersebut karena kendala pertama dan kendala kedua tersebut, dimana apabila dalam pengajuan klaim berkas rekam medis pasien tidak lengkap maka dapat ditunda oleh pihak BPJS. Terlambatnya pembayaran klaim BPJS yang melebihi tanggal jatuh tempo menyebabkan kegiatan operasional rumah sakit yang terkait dengan ketersediaan obat, pengadaan alat medis dan juga pembayaran insentif kinerja pegawai juga dapat tertunda. Hal ini, tentu akan berdampak pada mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien..

#### **4.4 Strategi RSUD Dr. R. Soetrasno dalam menjadikan BPJS sebagai sumber peningkatan pendapatan.**

Strategi peningkatan pendapatan di RSUD Dr.R.Soetrasno Rembang diantaranya :

1. Melengkapi seluruh berkas rekam medis pasien agar bisa menjadi tagihan. Terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya yaitu :
  - a.) Ketetapan dalam Coding untuk pengolahan data rekam medis pasien.
  - b.) Ketelitian Tim Verifikator dalam memverifikasi data kelengkapan rekam medis pasien dan pemeriksaan penunjang.
  - c.) Kelengkapan dalam memberikan diagnosa penyakit oleh DPJP (Dokter PenanggungJawab Pelayanan) untuk melengkapi rekam medis pasien.
2. Meningkatkan layanan Rumah Sakit.
  - a.) Meningkatkan layanan spesialis.

Diantaranya yaitu mencukupi kebutuhan masyarakat dengan peningkatan dokter spesialis ,sehingga semuanya dapat tercukupi di

RSUD daerah kabupaten saja tidak perlu dirujuk ke provinsi atau jenis RSU yang lebih tinggi. Layanan kedaruratan dapat cepat terlayani dengan cukupnya dokter spesialis yang ada di Rumah Sakit.

b.) Meningkatkan peralatan medis yang lebih lengkap dan lebih canggih.

Diantaranya yaitu menyediakan alat kesehatan yang memenuhi standar ,peralatan tersebut terdiri dari peralatan medis untuk IGD, rawat jalan ,rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medis, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah. Untuk mendapatkan alat kesehatan yang sesuai kebutuhan, memenuhi standar dan optimal dalam pemanfaatan maka diperlukan manajemen logistik alat kesehatan yangbaik dari Rumah Sakit.

c.) Memberdayakan SDM yang ada di Rumah Sakit agar lebih profesional.

Diantaranya yaitu mengadakan Diklat, Workshop dan pelatihan kerja bagi para karyawan , misalnya seperti pelatihan koding, Audit Keperawatan , Audit Operasional Rumah Sakit, dll.

d.) Membuka layanan poliklinik diluar jam kerja yaitu pada pukul 15.00-20.00.

Untuk memberikan pelayanan seluas-luasnya kepada masyarakat yang tidak hanya terbatas pada jam kerja saja, tapi juga dapat berobat diluar jam kerja apabila tidak memiliki waktu saat jam kerja dan agar tidak perlu antri panjang dirumah sakit.

e.) Meningkatkan ketelitian dan keakuratan dalam mengidentifikasi seluruh layanan dan tindakan yang diberikan kepada pasien.

Diantaranya pelaksanaan identifikasi yang dilakukan yaitu : Pemberian identitas pasien yaitu penamaan pasien ,penomoran pasien , Database pasien, indeks penyakit, indeks operasi, indeks kematian dan Pemberian gelang kepada pasien yang harus diperiksa dengan teliti dan akurat.

3. Membentuk tim Case Manajemen untuk menghindari adanya komplikasi penyakit pasien yang dapat menyebabkan kenaikan tagihan.

#### **4.4.1. Ketetapan Coding**

##### **Pengertian Coding**

Coding merupakan kegiatan pengolahan data rekam medis yang bertujuan untuk memberikan kode dengan huruf , angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data.Kegiatan, tindakan dan diagnosa yang ada dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar dapat memudahkan pelayanan pada penyajian informasi.

Diagnosa adalah keadaan yang diderita oleh pasien yang menyebabkan pasien tersebut memerlukan tindakan medis. Diagnosa utama yang spesifik memudahkan petugas koding dalam menentukan kode utama. Keakuratan kode diagnosa merupakan hal yang sangat penting dalam pelaporan penyakit. Petugas rekam medis bertugas untuk menetapkan kode dari diagnosa dokter ,maka para petugas harus benar-benar mengkaji data

rekam medis pasien untuk menemukan kekurangan atau kekeliruan akibat tidak digunakannya standar minimum pencatatan.

Kelengkapan rekam medis pasien berdasarkan pada dokter sebagai penentu diagnosa dan petugas rekam medis. Sebagai pengkaji kelengkapan formulir dan isi rekam medis pasien, kelengkapan rekam medis bergantung pada dokter dalam memberikan diagnosa.

### **Tujuan Koding**

- a. Memudahkan pengumpulan ,pencatatan dan pengambilan kembali informasi berdasarkan diagnosa maupun tindakan medis yang diperlukan.
- b. Memudahkan dalam memasukkan data ke dalam database komputer yang tersedia, yang mana satu kode bisa mewakili beberapa terminologi yang digunakan oleh para dokter.
- c. Dapat menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran.
- d. Memaparkan alasan mengapa pasien memperoleh pelayanan dan perawatan justifikasi runtunan kejadian.
- e. Menyediakan informasi diagnosa dan tindakan medis maupun operasi bagi riset, edukasi dan kajian asesment kualitas keluaran atau outcome yang legal dan otentik.

### **Kelengkapan Pengisian Resume**

Resume medis merupakan ringkasan seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah dilakukan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Lembar ini harus ditanda tangani oleh dokter yang merawat pasien, informasi yang terdapat didalam rekam medis

adalah mengenai jenis perawatan yang diterima pasien, reaksi tubuh terhadap pengobatan, kondisi saat pulang, serta tindak lanjut pengobatan setelah pulang perawatan. kelengkapan pengisianrekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu  $\leq 24$  jam setelah selesai rawat jalan maupun setelah selesai rawat inap di putuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien, anamnesis rencana asuhan, pelaksana asuhan, tindak lanjut dan resume yang harus di lengkapi pada kurun waktu yang telah di tentukan oleh standar. Rekam medis pasien rawat inap yang lengkap wajib di simpan sekurang-kurangnya dalam waktu 5 tahun dari tanggal terakhir pasien berobat atau di pulangkan. Rekam medis yang disimpan atau yang diabaikan harus memiliki nilai guna berdasarkan kebijakan pada masing-masing rumah sakit.(Ningsih, 2017)

Tahap pengisian Resume :

1.) Diagnosa primer

Diagnosa primer merupakan bagian dari resume medis yang wajib diisi dan dilengkapi. Jika resume medis tidak lengkap, maka akan mempengaruhi tarif sehingga harus mengisi selengkap-lengkapannya agar tarif yang keluar sesuai dengan apa yang telah dikerjakan.

2.) Diagnosa Sekunder

Penentu kelengkapan resume medis selanjutnya adalah diagnosa sekunder. Kelengkapan diagnosa sekunder akan berpengaruh pada tarif , “Permenkes no. 27 tahun 2014” mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi besarnya tarif diantaranya diagnosa sekunder. Maka

kelengkapan resume medis sangat penting karena akan berpengaruh terhadap tarif.

### 3.) Prosedur Utama

Rekam medis dikatakan baik jika rekam medis tersebut diisi secara lengkap sesuai dengan pengertian rekam medis itu sendiri yang mengatakan bahwa rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan yang ditujukan untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. (Nurfadhilah, 2017)

#### **Kelengkapan Pengisian Resume medis pasien oleh RSUD dr.r.Soetrasno terdapat dua langkah yakni :**

1.) Kelengkapan pengisian Resume yang dilakukan oleh DPJP (Dokter PenanggungJawab Pelayanan merupakan *Team Leader* dari tim yang terdiri dari para professional pemberi asuhan pasien atau staff klinik dengan kompetensi dan kewenangan yang memadai yang terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi, apoteker, fisioterapis dsb.

Semua yang dilakukan oleh DPJP (Dokter PenanggungJawab Pelayanan) seluruhnya harus tertulis di Resume Medis baik itu merupakan diagnosa medis maupun prosedur tindakan medis.



2. Kelengkapan Resume diteliti oleh Tim Verifikator , setelah itu dikoding terlebih dulu , lalu masuk ke Tim CaseMix, setelah itu bila sudah clear dan sesuai baru masuk ke Tim Entry.

Berikut adalah alurnya :

**Tim Verifikator → Bagian Coding → Tim CaseMix → Tim Entry**

Apabila belum sesuai atau masih terdapat kesalahan maka Resume harus dikembalikan dulu tergantung di bagian mana kesalahan itu ditemukan ,dapat kembali ke bagian Coding , DPJP atau di bagian Tim Verifikator misalnya terdapat masalah di bagian Coding seperti sudah tercantum dan tertulis dari bagian Tim Verifikator namun ternyata belum dilakukan pengcodingan atau dari Tim Verifikator setelah dikoding masuk ke tim CaseMix dan ternyata terdapat resume atau bagian yang terlewat masuk ke verifikator,apabila prosedur-prosedur atau diagnosa ada yang terlewat masuk maka harus dilengkapi terlebih dahulu setelah itu kembali lagi ke bagian coding lalu masuk kembali ke bagian Tim CaseMix ,setelah itu masuk ke bagian Tim Entry.

Apabila diagnosa primer dan diagnosa sekunder terbalik, maka harus kembali ke lagi ke Tim Verifikator ,lalu bila ada yang terlewat maka harus dikembalikan lagi ke bagian Tim Verifikator untuk dilengkapi, apabila kembali lagi ke bagian DPJP maka tidak tepat. Semua proses dan kelengkapan resume harus benar, lengkap dan sesuai dari bagian Tim Verifikator hingga bagian Tim Entry ,bila proses dilalui dengan benar dan sesuai maka Clime nya tinggi dan akan menguntungkan Rumah Sakit.

**Tim Verifikator** adalah tim yang memiliki tugas sebagai berikut :

- 1.) Memverifikasi data kelengkapan resume medis pasien dan pemeriksaan penunjang.
- 2.) Memverifikasi kesesuaian diagnosis dan tindakan dengan koding-koding penyakit dan prosedur.
- 3.) Memverifikasi kesesuaian data tagihan dengan penyakit dan tindakan medis.
- 4.) Melakukan penyesuaian atau koreksi klaim yang tidak sesuai pelayanan yang didapatkan pasien dengan bukti pelayanan yang diklaimkan ke BPJS.

**Tim CaseMix** adalah tim yang memiliki tugas sebagai berikut :

- 1.) Receiving & Re-checking yaitu menerima berkas klaim pasien JKN beserta berkas penunjang medis lainnya termasuk salinan resume medis dan mengecek satu persatu kelengkapan jumlah berkas dan isinya yang dikirimkan oleh Bidang Keuangan.
- 2.) Simulating yaitu kegiatan dalam membantu jalur klinik di Instalasi rawat jalan, rawat inap ,instalasi gawat darurat maupun kamar operasi untuk memberikan informasi besaran target dan besaran ,lvcig otfltarif paket INA-CBGs dengan melakukan coding diagnosis serta prosedur medis dan grouping pada server softwer simulasi INA-CBGs (ICHA Test).
- 3.) Medical Record Analyzing menganalisis berkas klaim dengan :

- Memastikan kepemilikan data rekam medis pasien yang sudah diinputkan oleh bagian Admission rawat jalan ,Admission IGD, Rawat inap dan melakukan koreksi apabila terjadi ketidaksesuaian.
- Memastikan kelengkapan isi rekam medis yang sudah diperiksa oleh bagian Assembling, Pengolahan data rawat inap, pengolahan data rawat jalan dan IGD.
- Memperhatikan kekonsistenan penulisan diagnosis dan prosedur medis disesuaikan pada hasil penunjang medis dan berkas terkait.
  - 1.) Clinical Coding yaitu menerjemahkan bahasa diagnosis dan prosedur medis yang ditulis oleh dokter kedalam kode numerik dan alfanumerik.
  - 2.) Abstracting and Exporting to Excel membuat daftar diagnosis dan tindakan medis untuk dilakukan coding dan memperhatikan histori medis pasien untuk menghindari data pasien ganda serta untuk akurasi kepastian coding sebelum proses grouping.
  - 3.) Grouping yaitu menginput data pada variabel yang ada pada software INA antara lain Nama lengkap, Tanggal Lahir, Nomor peserta ,Jenis Perawatan, Kelas Perawatan , Tanggal masuk ,Tanggal Keluar ,Cara pulang, Dokter Penanggung Jawab, Berat Badan (khusus bayi), Tarif Rumah Sakit, Surat Rujukan, serta melakukan grouping dan finalisasi hasil grouping.
  - 4.) Texting yaitu membuat file text dari hasil input grouping per-tanggal, per-jenis perawatan, per-kelas perawatan, per-input tanggal. Grouping dan mendownload lalu dikirimkan ke Verifikator BPJS.

#### **4.5 Langkah-Langkah yang digunakan oleh RSUD Dr.R.Soetrasno dalam penerapan BPJS sebagai sumber peningkatan pendapatan.**

1.) Meningkatkan utilisasi fasilitas di Rumah Sakit agar dapat digunakan untuk mendapatkan pasien.

Dengan cara :

- Mencukupi kebutuhan masyarakat dengan peningkatan dokter spesialis, sehingga semuanya dapat tercukupi di RSUD daerah kabupaten saja tidak perlu dirujuk ke provinsi atau jenis RSU yang lebih tinggi.

- Menambah layanan poliklinik diluar jam kerja yaitu pada pukul 15.00-20.00

2.) Meningkatkan daya tarik pasien terhadap Rumah Sakit dengan menambah nilai kepada pasien.

Berupa :

- Peningkatan sarana dan prasarana pasien ruangan rawat inap dan rawat jalan yang bersih, aman dan nyaman.

- Pengantaran pasien pulang rawat inap gratis.

- Pengantaran obat bagi pasien gratis.

- Kunjungan petugas Rumah Sakit Umum ke rumah pasien untuk pemantauan perawatan lanjutan.

- Menyediakan ruang tunggu bagi pasien dan keluarga pasien yang nyaman dan bersih.

- Pelayanan pasien sesuai dengan standar pelayanan minimal Rumah Sakit(SPMRS).

#### 4.6 Perhitungan Laporan Keuangan RSUD DR.R.Soetrasno Rembang

Berdasarkan Laporan Keuangan RSUD Dr.R.Soetrasno Rembang menunjukkan bahwa :

RSUD DR.R.Soetrasno merupakan organisasi yang bukan profit oriented melainkan organisasi nirlaba. Maka tidak ada laporan laba rugi tetapi laporan operasional, dimana semakin tinggi pendapatan maka akan semakin tinggi pula operasional Rumah Sakit untuk memaksimalkan pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.

1. (2016) Total Pendapatan Pasien BPJS

\_\_\_\_\_

Pendapatan Operasional

= 62.182.250.900

\_\_\_\_\_

87.316.662.424

= 0.712146447 → 71%

(2017) Total Pendapatan Pasien BPJS

\_\_\_\_\_

Pendapatan Operasional

= 76.508.249.364

\_\_\_\_\_

98.615.651.388

= 0.775822583 → 78%

Berdasarkan data penerimaan Tarif BPJS dengan Laporan Keuangan menunjukkan bahwa Pendapatan Pasien BPJS meningkat dari tahun 2016 ke tahun 2017 yaitu 7%.

## 2. Data Perbandingan Penerimaan Tarif Bpjs Dengan Tarif Perda

di Rsud Dr.R.Soetrasno Rembang menunjukkan bahwa :

(2016)	Tarif BPJS	Tarif Perda	Selisih/keuntungan
Total	62.182.250.900	53.309.612.813	<b>8.872.638.087</b>

(2017)	Tarif BPJS	Tarif Perda	Selisih/keuntungan
Total	76.508.249.364	63.486.605.715	<b>13.021.643.649</b>

Maka, selisih/keuntungan dari tahun 2016 ke tahun 2017 meningkat yaitu sejumlah 4.149.005.562

## 3. Net Profit Margin

Net Profit Margin (Margin Laba Bersih) merupakan pengukuran laba bersih setelah pajak terhadap penjualan. Apabila semakin tinggi Net profit margin, maka semakin baik operasi suatu perusahaan.

$$\begin{aligned}
 (2016) \quad & \frac{\text{Net Income}}{\text{Net Sales}} \\
 & = \frac{29.269.547.496,55}{136.080.472.428,45} \\
 & = 0.21508999 \rightarrow 21\%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 (2017) \quad & \frac{\text{Net Income}}{\text{Net Sales}} \\
 & = \frac{27.996.295.951,06}{145.465.337.865,84} \\
 & = 0.192460255 \rightarrow 19\%
 \end{aligned}$$

Dari perhitungan diatas, menunjukkan bahwa Net Profit Margin dari tahun 2016 ke 2017 menurun yaitu 2%.

Jadi, RSUD Dr.R.Soetrasno Rembang sudah melakukan langkah-langkah untuk menjadikan BPJS sebagai sumber peningkatan pendapatan. BPJS memberikan kontribusi positif karena pendapatan dari pasien yang menggunakan BPJS meningkat. Namun berdasarkan laporan keuangan dan data perbandingan penerimaan tarif BPJS dan tarif Perda menunjukkan hasil yaitu pendapatan dari tahun 2016 ke tahun 2017 meningkat, tetapi Net Profit Margin menurun. Maka, Penurunan Net Profit Margin pada tahun 2017, mengindikasikan efisiensi tidak terpenuhi atau terganggu.

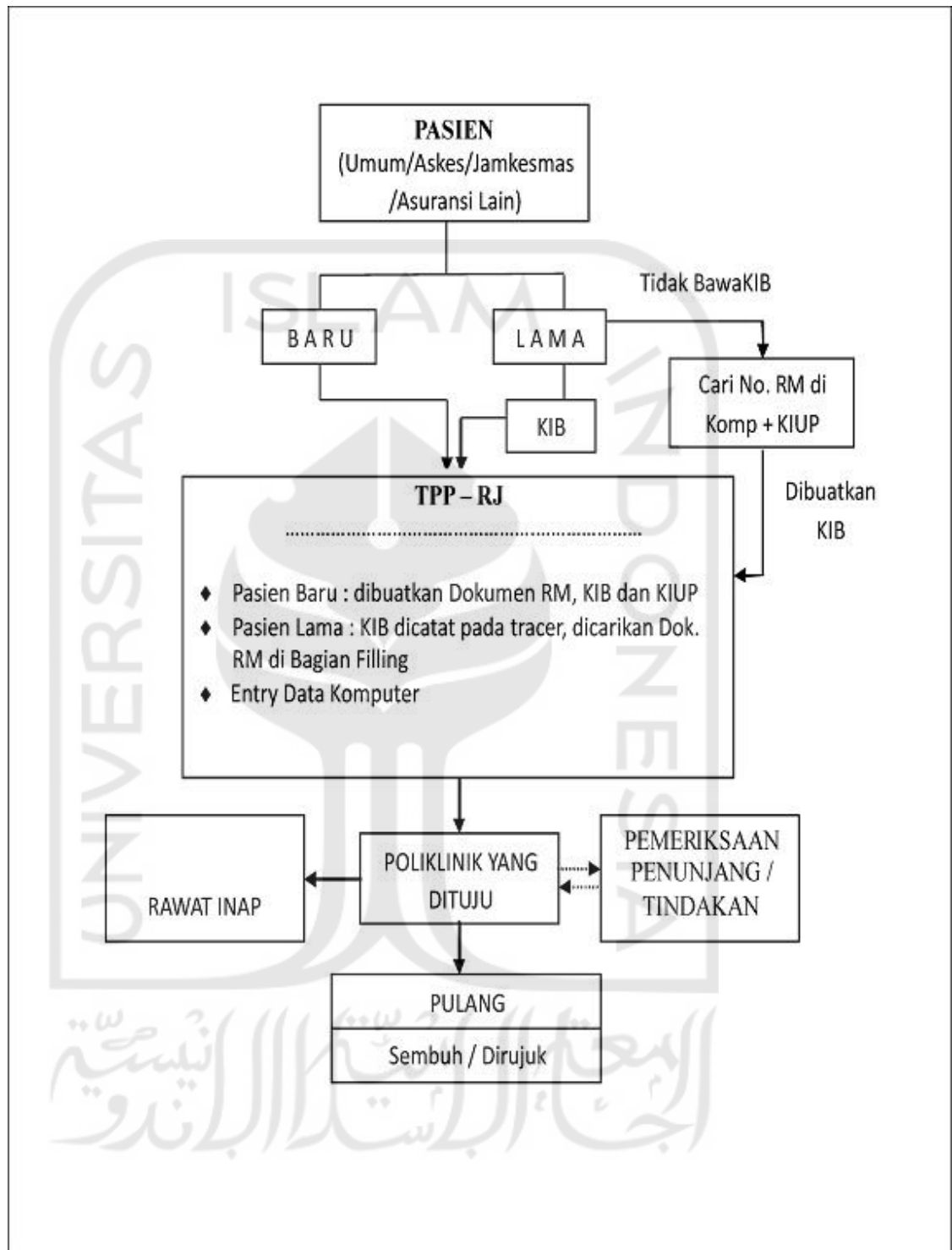
#### 4.7 Alur Pendaftaran Pasien masuk di RSUD DR.R.Soetrasno

Gambar 4.2

##### Alur Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

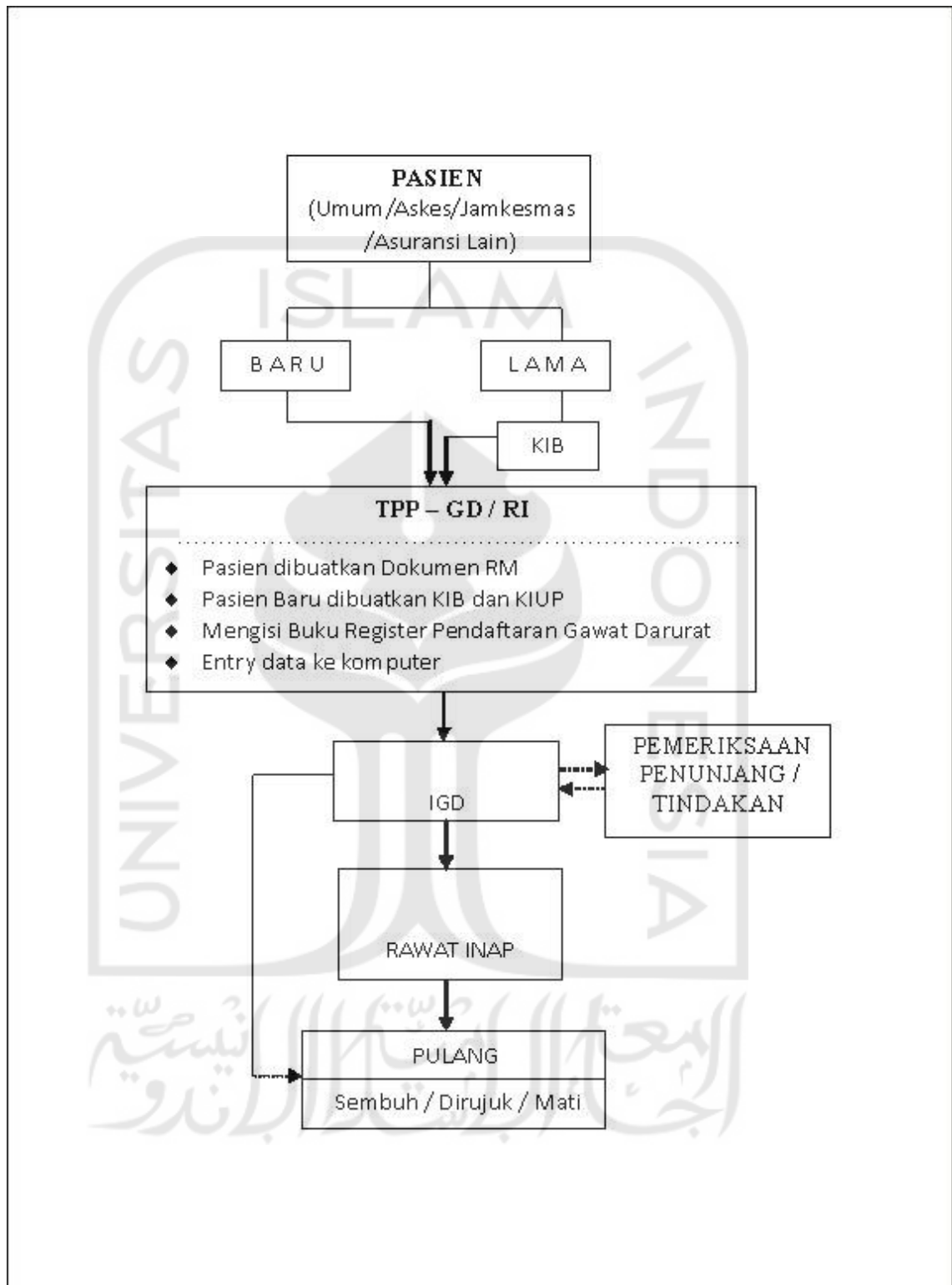






**Gambar 4.3**

**Alur Pendaftaran Pasien Rawat Inap**



Alur masuk pasien di RSUD DR.R.Soetrasno Rembang yaitu Pasien yang diterima di bangsal harus sudah selesai dan sesuai, semua

kelengkapan resume sudah clear di bangsal setelah itu masuk ke Tim Verifikator untuk mencocokkan resume, Apabila pada bagian Tim Verifikator dapat menguasai tentang ilmu CaseMix maka tidak perlu lagi resume dibawa ke bagian Tim CaseMix. Tetapi bila tidak mengerti dan menguasai maka harus dibawa ke bagian Tim CaseMix untuk dilanjutkan dan diselesaikan resumanya. Setelah itu resume dilanjutkan ke bagian Tim Entry.

