

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul**

##### **1. Profil Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul**

Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul adalah sebuah Rumah Sakit Swasta yang sedang berkembang. Berawal dari didirikannya Yayasan Nur Hidayah pada tahun 1996. Kemudian Pada tahun 1997, Yayasan Nur Hidayah mulai melakukan berbagai hal untuk membantu Kesehatan masyarakat. Mereka membuat balai pengobatan di sebuah tempat Ngibian Canden Jetis Bantul. Pada tahun 2000, dua orang dokter Bernama Dr.Sagiran dan Dr. Tri Ermin Fadlina membuka praktek sendiri, pada tanggal 29 Juni 2003, klinik ini menjasi klinik Nur Hidayah yang buka 24 jam. Kemudian pada tanggal 13 januari 2008 telah diresmikan klinik menjadi Rumah Sakit Khusus Bedah Nur Hidayah oleh Kepala Dinak Kesehatan Provinsi DIY dan Ustadz Yusuf Mansur.

Bersamaan dengan meningkatnya jumlah pasien dan kebutuhan masyarakat akan layanan obstetri dan ginekologi pertengahan tahun 2009 adalah proses perubahan menjadi RSU. Pada tanggal 22 Januari 2011, Rumah Sakit Umum Nur Hidayah diresmikan sebagai RSU Nur Hidayah dengan menambahkan layanan kebidanan dan bangsal hingga 50 TT. Izin penyelenggaraan diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul dengan nomor 445/DP/P/RSU/01/X/2010. Bersamaan dengan peningkatan jumlah pasien di tahun 2013, RS Nur Hidayah menetapkan diri sebagai Rumah Sakit Tipe D, dengan sertifikat yang dikeluarkan pada tanggal 21 Februari 2014. RS Nur Hidayah ingin menjadi rumah sakit terakreditasi penuh setelah berhasil menjadi RS Swasta Tipe D. Meminta survei akreditasi kars tahun 2012 kepada Komisi Akreditasi Rumah Sakit pada tanggal 15 Maret 2013. Hasilnya adalah Akreditasi Tingkat Dasar yang diberikan pada 24 Februari 2014.

Sertifikat dengan nomor KARS-SERT/758/VI/2017 dengan tingkat kelulusan PARIPURNA dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Nasional pada

tanggal 15 Juni 2017. RS Nur Hidayah tidak hanya memiliki akreditasi KARS, tetapi juga disertifikasi sebagai RS Syariah oleh Majelis Ulama Indonesia pada tanggal 4 September 2017. Jadi, semua layanan di RS Nur Hidayah dilakukan sesuai dengan standar Islami. Setelah mendapatkan akreditasi PARIPURNA pada tahun 2017, RS Nur Hidayah kembali mengajukan survei akreditasi versi SNARS Edisi 1 pada tanggal 16 Agustus 2019. Pada tanggal 6 Desember 2019, sertifikat dengan nomor KARS-SERT/1276/XII/2019 dikeluarkan, yang menunjukkan tingkat kelulusan PARIPURNA. Pada tanggal 19 November 2022, RS Nur Hidayah telah mengajukan permohonan survei akreditasi kepada Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Kemudian pada tanggal 2 Januari 2023, RS Nur Hidayah telah resmi menerima sertifikat akreditasi dengan nomor KARS/SERT/543/XII/2022. Sertifikat ini dikeluarkan oleh KARS dengan tingkat kelulusan PARIPURNA, yang menegaskan bahwa RS Nur Hidayah telah memenuhi semua standar yang ditetapkan oleh KARS.

## 2. Visi, Misi, Tujuan, dan Nilai

### a) Visi

Menjadi Rumah Sakit Holistik Islami yang profesional, terkemuka di Yogyakarta dan sekitarnya

### b) Misi

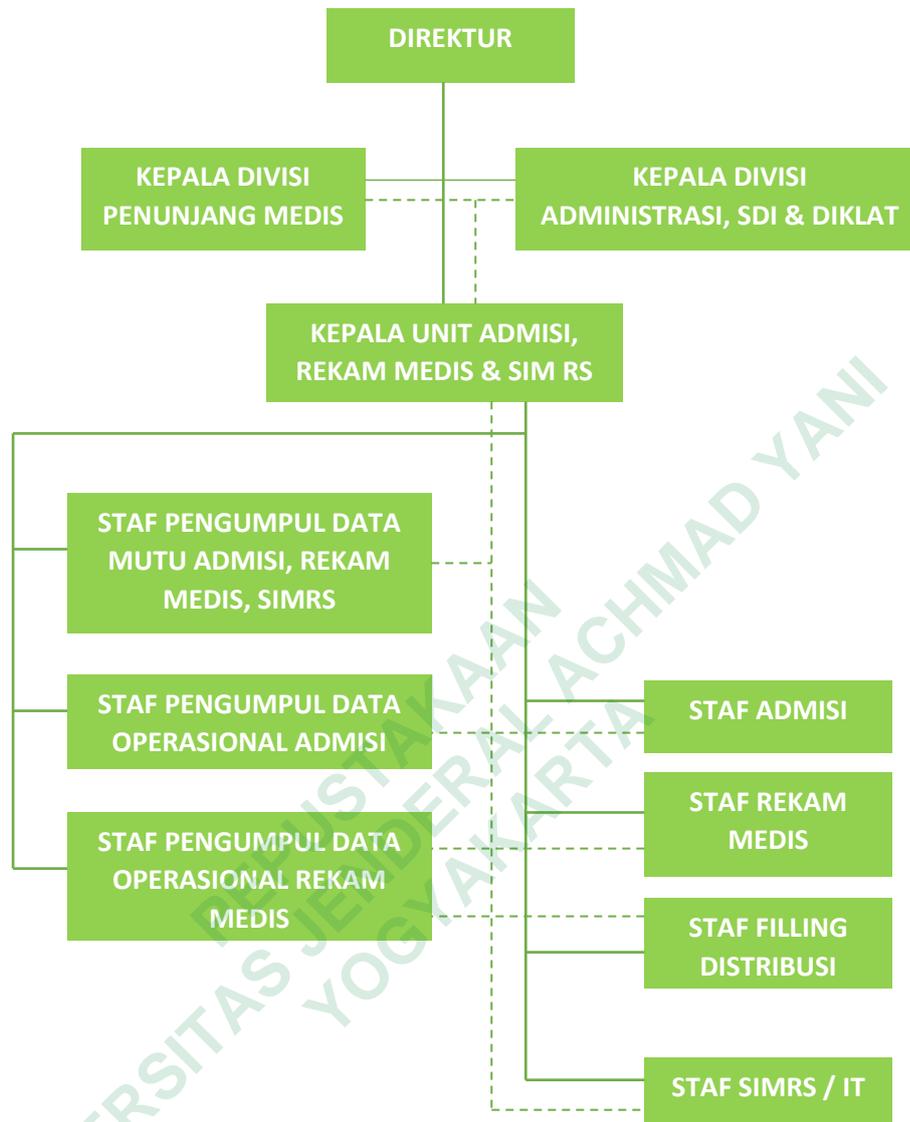
- 1) Memberikan layanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Akreditasi dan Sertifikasi Syariah dengan prioritas kepuasan pelanggan.
- 2) Meningkatkan perilaku hidup sehat, dan islami masyarakat melalui pengembangan kegiatan sosial, promotive dan edukatif.
- 3) Mengembangkan unggulan layanan medis terintegrasi dengan komplementer islami.

### c) Tujuan

- 1) Sebagai media ibadah melalui pelayanan Kesehatan islami untuk meraih ridho Allah SWT.
- 2) Terwujudnya kesejahteraan dunia akhirat untuk seluruh karyawan melalui ketaqwaan, kerja profesional dan berkomitmen dengan pendidikan yang berkesinambungan.

- 3) Tercapainya kepuasan pelanggan melalui manajemen yang efektif dan efisien dengan dukungan teknologi yang optimal sehingga terselenggara pelayanan Kesehatan bermutu tinggi dengan tarif terjangkau.
  - 4) Kinerja keuangan yang sehat dan berjangka panjang sehingga memberikan manfaat bagi semua *stakeholder*
- d) Nilai
- 1) Ikhlas  
Melakukan suatu hal bukan untuk mendapatkan penghargaan dari siapapun, tetapi untuk mencapai ridho dan pahala dari Allah SWT
  - 2) Professional  
Bekerja dengan bijak dan mahir sesuai standar profesi, terus mengikuti kemajuan ilmu
  - 3) Disiplin  
Menyelesaikan tugas sesuai dengan norma, etika, agama, dan hukum dengan tepat waktu, cara, dan tujuan.
  - 4) Jujur  
Kesesuaian antara tindakan, hati, dan ucapan, tanpa penipuan dan tanpa melanggar hak orang lain
  - 5) Bersahabat  
Selalu ramah, sopan, menghormati, dan menghargai orang lain, dan mampu bekerja sama

### 3. Struktur Organisasi Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul

## B. HASIL PENELITIAN

### 1. Persentase Faktor Masalah Pending Klaim di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul

Untuk mengetahui persentase masalah pending klaim pada berkas rawat inap pasien BPJS di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul, peneliti melakukan studi dokumentasi dan mengambil data sekunder laporan/ rekapitulasi pending klaim pada bulan juli-desember tahun 2022 sebanyak 2.364 klaim

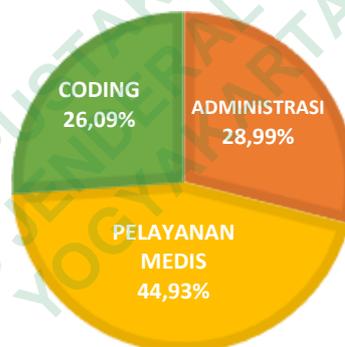
yang diajukan, kemudian ditemukan 69 berkas (3%) yang pending dari 2.364 klaim yang diajukan. Setelah itu peneliti menganalisis laporan/rekapitulasi pending klaim dan mengelompokkan faktor pending klaim sesuai dengan aspek administrasi, pelayanan medis, dan *coding*, dari hasil analisis tersebut maka data yang diperoleh sebagai berikut :

**Tabel 4. 1 Persentase Masalah Pending Klaim**

NO	FAKTOR PENYEBAB PENDING	JUMLAH	PERSENTASE
1	ADMINISTRASI	20	28.99%
2	PELAYANAN MEDIS	31	44.93%
3	CODING	18	26.09%
	JUMLAH PENDING	69	

#### PERSENTASE PENDING KLAIM TAHUN 2022 RS NUR HIDAYAH BANTUL

■ ADMINISTRASI ■ PELAYANAN MEDIS ■ CODING



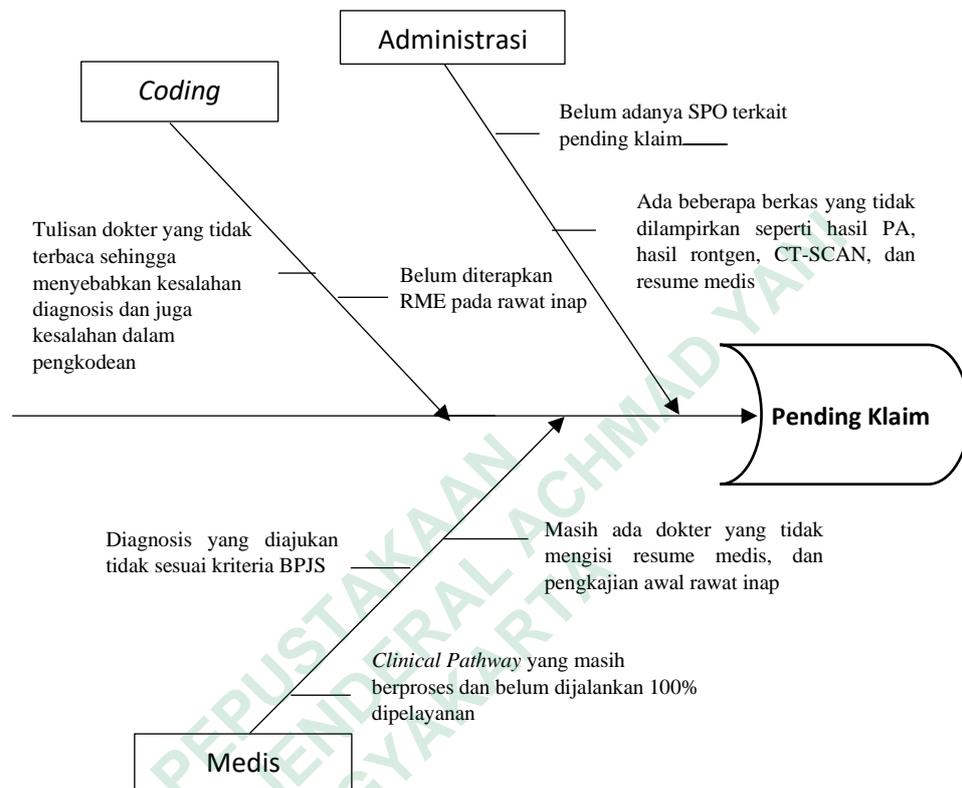
**Gambar 4. 2 Diagram Pie Persentase Masalah Pending**

Berdasarkan diagram diatas dari hasil analisis data tersebut ditemukan bahwa persentase masalah pending terbanyak terjadi pada aspek pelayanan medis (44,93%), administrasi (28,99%), dan *coding* (26,09%).

## 2. Faktor–Faktor Penyebab Terjadinya Pending Klaim BPJS

Berdasarkan Hasil penelitian menunjukkan bahwa peneliti di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul melakukan observasi dan wawancara tentang masalah apa yang menyebabkan klaim BPJS ditunda. Dari pengamatan dan hasil wawancara, peneliti menemukan faktor-faktor yang menyebabkan klaim BPJS ditunda. Untuk mengidentifikasi faktor-faktor tersebut, peneliti

menggunakan diagram tulang ikan atau analisis *fishbone*. Berikut gambar 4.3 diagram tulang ikan terkait faktor pemicu terjadinya penundaan klaim BPJS di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul:



**Gambar 4.3 Diagram Tulang Ikan Faktor Penyebab Pending Klaim**

a) Administrasi

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul pada bagian casemix, ditemukan bahwa aspek administrasi merupakan aspek yang berkaitan dengan kelengkapan berkas jadi berkas yang diajukan itu tidak lengkap seperti tidak melampirkan hasil PA dan hasil rontgen. Aspek administrasi ini juga merupakan salah satu penyebab terjadinya pending dan hal tersebut masih saja terjadi di setiap bulan nya pending terkait administrasi klaim. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan informan sebagai berikut :

“Administrasi itu terkait kelengkapan berkas sih mba, jadi berkas yang diajukan tu tidak lengkap, mungkin bisa dicontohkan pada eee PA, ada kan yang pending karena PA ada juga karena kurang hasil ronsen jadi administrasi itu juga penyebab pending dan eee ya itu masih ada saja setiap bulan pending terkait administrasi klaim”

Informan 3

Hasil wawancara diatas, dipertegas dengan triangulasi sumber sebagai berikut:

“Kalau untuk aspek administrasi ya kalau saya urutkan biasanya belum melampirkan hasil penunjang patologi anatomi tubuh terus hasil radiologi, laporan operasi, selain itu saya tambahkan biasanya juga ada rujukan yang berbeda dengan poli yang ada di rumah sakit jadi kalo di beberapa kasus terutama dikasus mata dan kasus gigi itu kadang-kadang berbeda jam praktek dan tujuan polinya itu yang menjadikan konfirmasi atau pending klaim dari pihak BPJS”

“Untuk SPO terkait pending klaim memang belum ada, karena memang tidak semua dibikin SPO hanya dengan aturan BPJS yang terbaru kita implementasikan dipelayanan”

Informan Triangulasi

#### b) Pelayanan Medis

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul peneliti melakukan wawancara dengan informan terkait aspek pelayanan medis, aspek medis ini terjadi karena masih ada beberapa dokter yang belum mengisi resume medis dan formulir pengkajian awal rawat inap yang membuat petugas harus mengajukan kembali untuk pengisiannya ke dokter yang bersangkutan atau DPJP nya. Selain itu aspek medis juga dapat terjadi karena pengisian diagnosis yang biasanya dipending di BPJS. Seperti terdapat 2 diagnosis yang berbeda, terdapat 2 diagnosis yang salah satunya itu tidak di klaim di BPJS yang membuat salah pilih salah satu diagnosis yang paling besar. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan informan sebagai berikut :

“Untuk aspek medisnya biasanya itu pengisian diagnosis diagnosa nya biasanya dipending di BPJS itu ada 2 diagnosis yang beda, beda apa ya emm ada 2 diagnosis yang salah satu nya itu gak di klaim BPJS nya jadi salah pilih salah satu diagnosis yang paling besar, misalnya ada 2 diagnosis yang satu gak di klaim”

Informan 1

Dari hasil wawancara dengan informan diatas, dipertegas oleh triangulasi sumber sebagai berikut :

“Aspek medis memang masih ada beberapa dokter yang melum mengisi resume medis, hasil operasi, hasil USG, Ringkasan pulang pasien, itu yang menjadikan informasi pasien dipertanyakan atau dipending untuk dikonfirmasi ulang apakah hasil-hasil itu ada untuk menunjukkan diagnosa eee yang diberikan coder di BPJS atau penjamin itu mendukung dari hasil-hasil yang tadi”

Informan Triangulasi

c) *Coding*

Berdasarkan hasil studi dokumentasi dan wawancara di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul sudah terdapat SPO 13/CASEMIX./SPO/RSNH/I/2022 terkait pengcodean/kodefikasi tetapi penerapannya belum maksimal sehingga menyebabkan pending dari aspek coding ini masih terjadi, *pending* karena *coding* yang salah ada pada faktor SDI nya sendiri dalam melakukan pengkodean sehingga masih perlu dilakukannya pelatihan untuk tim *coding*.  
Prosedur pengcodingan di RS Nur Hidayah Bantul yaitu :

- 1) Tekan tombol ON untuk menghidupkan CPU dan Monitor
- 2) Tekan tombol CTRL + ALT+ DEL pada saat tampil form “*welcome ro windows*” dilayar monitor
- 3) Setelah form “*log on to windows*” tampil maka isi *username* dan *password* anda
- 4) Klik tombol OK
- 5) Buka aplikasi ICD 9/10 CM tronik pada desktop *computer*
- 6) Pilih *lead term* untuk mencari kode diagnosis atau tindakan yang dicari
- 7) Selesai

Hal ini sesuai dengan hasil wawancara kepada informan sebagai berikut :

“kalo aspek coding yang pertama jelas tulisan dokter itu sering sulit dibaca sehingga yang pengoding nya itu ga pas gitu lah ngodingnya, yang kedua juga *eee* perlu ada nya itu ya pelatihan untuk tim coding ya, jadi coding salah ada di faktor SDI nya sendiri dalam melakukan coding, terus yang ketiga ya karna itu mungkin beban kerja juga yo ga beban kerja juga sih *intine* mungkin kurang konsentrasi dari SDI sehingga salah dalam memilih kode nya”

Informan 3

Hasil wawancara diatas dipertegas oleh triangulasi sumber sebagai berikut:

“Kalo aspek codingnya jelas kesalahan pemilihan kode, salah memberi kode kita harusnya memberi kode poin 9 atau 8 tetapi kita memberikan poin 0, itu biasanya bikin pending karena ketidakjelasan poin nya, semakin kita gak tepat pemberian kode ke empatnya pasti akan salah nanti baik dari nilai klaim nya ataupun dari hasil verifikator dari BPJS yang mempertanyakan kodenya harusnya poin segini segini seperti itu kebanyakan terkait dengan kode ”

Informan Triangulasi

### C. PEMBAHASAN

#### 1. Persentase Faktor Masalah Pending Klaim Di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul

Sebanyak 2.364 klaim yang diajukan, kemudian ditemukan 69 berkas yang pending dari 2.364 klaim yang diajukan pada bulan juli-desember tahun 2022. Dari total keseluruhan pending yaitu 69 berkas yang terpending peneliti mengelompokkan pending ke dalam aspek administrasi, pelayanan medis, dan *coding*. Sesuai dengan SE Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Nomor 51 tahun 2016 terkait permasalahan klaim BPJS Kesehatan yang menjadi faktor penyebab terjadinya pending klaim, BPJS ini dilihat dari 3 aspek, yaitu administrasi, pelayanan medis, dan *coding*.

Ditemukan bahwa persentase terjadinya pending klaim tertinggi terjadi pada aspek pelayanan medis (44,93%), kemudian diurutkan kedua pada aspek administrasi (28,99%), dan yang paling rendah adalah aspek coding (26,09%).

Berdasarkan hasil tersebut aspek pelayanan medis menjadi penyebab pending klaim paling besar. Hal itu disebabkan karena ,

pemilihan diagnosis utama yang salah sehingga hasil *coding* tidak sesuai dengan verifikator BPJS. Penelitian ini sesuai dengan yang pernah dilakukan oleh Khoerunisa (2019) bahwa *coding* merupakan suatu hal yang sangat penting yang berpengaruh terhadap sistem pembayaran INA CBG's, maka dari itu penyamaan persepsi tentang diagnosis antara koder rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan harus ditingkatkan guna meminimalisir ketidaksesuaian coding

## 2. Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Pending Klaim BPJS

Faktor penyebab terjadinya pending klaim BPJS ini dilihat dari 3 aspek, yaitu administrasi, pelayanan medis, dan *coding*:

### a. Administrasi

Menurut petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS dalam verifikasi administrasi berkas klaim rawat inap yang akan diverifikasi meliputi Surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP, Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Laporan operasi (jika diperlukan), Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian) obat khusus, Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi), Tanda terima alat kesehatan (alat bantu gerak, *collar neck*, *corset*, dll) , Berkas pendukung lain yang setelah itu akan dilakukan verifikasi dalam hal apabila ditemukan sesuatu yang perlu mendapat perhatian khusus maka bisa dilakukan verifikasi. Hal ini dilakukan untuk memperoleh bukti atau mendapatkan informasi atas klaim-klaim yang mendapat perhatian, antara lain:

1. Verifikasi administrasi pelayanan yaitu melakukan verifikasi kepada coder dengan meminta bukti-bukti pendukung/penunjang yang diperlukan, diagnosis utama maupun sekunder dan prosedur yang ada di dalam resume medis pasien.
2. Verifikasi administrasi klaim lain Verifikasi administrasi bukti-bukti *Special Case Main Group* (CMG).

Dalam langkah-langkah verifikasi tersebut apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki (BPJS Kesehatan, 2014).

Sesuai dengan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan, yang berfokus pada kelengkapan administrasi umum, khusus, dan pendukung pengajuan klaim, diharapkan pengetahuan petugas tentang kelengkapan dan ketepatan rekam medis meningkat. Selain itu, kegiatan ini membahas ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pencatatan pada formulir apa pun, yang menyebabkan proses klaim yang lebih lambat dan tarif INA-CBG yang rendah. Setelah memeriksa kembali Standar Operasional Prosedur (SOP) Kelengkapan Rekam Medis dan Pengajuan Klaim Pasien Peserta BPJS yang sudah ada, ada beberapa penjelasan penting yang harus ditambahkan ke SOP tersebut. Salah satu penjelasan yang diberikan adalah tentang kelengkapan dan ketepatan pengisian rekam medis yang berkaitan dengan kelengkapan pendukung pengajuan klaim. Selain itu, petugas dilatih untuk mengisi lembar ceklist kelengkapan rekam yang disesuaikan dengan persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL.

Sesuai dengan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan 2018, Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL memerlukan kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:

1. surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan
2. kuitansi asli bermaterai
3. surat tanggung jawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat direktur yang diberi kewenangan.

Dan kelengkapan khusus yang terdiri dari:

1. bukti pendukung pelayanan serta
2. kelengkapan tambahan yang diperlukan oleh masing-masing tagihan klaim

Kelengkapan penunjang pengajuan klaim layanan RITL adalah sebagai berikut:

- a) surat kelayakan Peserta yang dibubuhi tanda tangan oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta
- b) ringkasan medis yang mencantumkan diagnosis dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter yang Bertanggung Jawab atas Pasien (DPJP)
- c) laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi
- d) hasil pemeriksaan penunjang, jika dilakukan
- e) surat perintah rawat inap
- f) surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan penipuan rumah sakit
- g) daftar periksa klaim rumah sakit
- h) *output* sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil studi dokumentasi, observasi, dan wawancara di RS Nur Hidayah Bantul aspek administrasi merupakan aspek yang berkaitan dengan kelengkapan berkas jadi berkas yang diajukan itu tidak lengkap seperti tidak melampirkan hasil PA dan hasil rontgen, dikarenakan hasil PA yang keluar nya cukup lama sekitar 1-10 hari maka petugas terkadang lupa untuk melampirkan formulir tersebut. Kemudian belum adanya SPO terkait pending klaim, Aspek administrasi ini juga merupakan salah satu penyebab terjadinya pending klaim dan hal tersebut masih saja terjadi di setiap bulan nya pending terkait administrasi klaim. Hal ini dikarenakan petugas yang kurang teliti terkait kelengkapan berkas yang menyebabkan pending pada aspek ini masih terjadi.

Hal itu sejalan dengan penelitian (Khoerunisa, 2019) yang dilakukan di RS tipe B bahwa bukti penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam syarat pengajuan klaim BPJS pada verifikator maka akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi. Oleh karena itu, perlu meningkatkan ketelitian untuk meminimalisir persyaratan yang tidak ada atau tidak lengkap.

b. Pelayanan Medis

Beberapa persyaratan yang diperlukan untuk mengajukan klaim BPJS Kesehatan termasuk kelengkapan berkas pengajuan klaim. Salah satunya adalah resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur dan ditandatangani oleh dokter penanggung jawab (DPJP). Oleh karena itu, kelengkapan resume medis rawat inap rawat inap berpengaruh pada proses pengajuan klaim. Jika resume medis rawat inap tidak lengkap, itu akan menghambat proses pengajuan klaim (BPJS Kesehatan, 2014).

Di tingkat DPJP, pasien hanya perlu diobati, tanpa mempertimbangkan biaya yang ditimbulkan, seperti pengodingan INA-CBG, namun, bagi BPJS diagnosis adalah biaya yang timbul, dan paket kode INA-CBG adalah biaya yang muncul. Unit penjaminan akan menghubungi DPJP untuk menyelesaikan terapi dan prosedurnya atau mengikuti kemauan BPJS agar klaim dapat terbayarkan. Hal ini menunjukkan beberapa indikator yang menyebabkan keterlambatan klaim BPJS karena diagnosis rumah sakit dan pengkodean validator BPJS kesehatan berbeda. Untuk mengurangi perbedaan pengkodean, persepsi diagnosis antara verifikator, kode rumah sakit, dan DPJP harus setara (Purwandono, 2018).

*Clinical Pathway (CP)* adalah kumpulan dari semua langkah pelayanan kesehatan yang lengkap. Ada kemungkinan bahwa CP berfungsi sebagai kendali mutu dan biaya, terutama selama era BPJS (Paramita and Dwiprehaso, 2019). Melalui penelusuran kode diagnosis dan *Clinical Pathway* melalui rekaman pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, data dalam rekam medis dapat digunakan untuk mendeteksi kemungkinan *fraud*. *Clinical Pathway* juga membantu pengambilan keputusan klinis dalam menyediakan prosedur perawatan standar. *Clinical Pathway* dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan. (Cho et al., 2020).

Beban kerja yang tinggi dapat menimbulkan ketidakpuasan pada karyawan, karena tidak terselesaikannya pekerjaan pengolahan dokumen rekam medis maka akan mempengaruhi proses penyelesaian penyimpanan dan pencarian kembali dokumen rekam medis, secara

umum dapat dikatakan bahwa beban kerja semakin tinggi maka kinerja semakin rendah, sebaliknya beban kerja semakin rendah maka kinerja semakin meningkat (tinggi). Maka pentingnya kinerja yang berkualitas sesuai dengan kompetensinya dengan jumlah yang mencukupi untuk memberikan pelayanan kepada pasien yang diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan (Ningsih, 2013).

RS Nur Hidayah Bantul harus menerapkan *reward* dan *punishment* untuk meningkatkan motivasi dan budaya kerja sehingga karyawan merasa puas dengan pekerjaan mereka. Dengan adanya *reward* sebagai penghargaan atas kepatuhan PPA terhadap rekam medis dan *punishment* sebagai teguran jika PPA tidak melakukannya. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa dokter yang gagal menyelesaikan rekam medis perlu diberikan peringatan, karena ketidaktuntutan rekam medis juga disebabkan oleh kurangnya sistem penghargaan dan hukuman (Purbobinuko et al., 2021)

Berdasarkan hasil studi dokumentasi, observasi, dan wawancara di RS Nur Hidayah Bantul, masalah terkait aspek pelayanan medis ini terjadi karena masih ada beberapa dokter yang belum mengisi resume medis dan formulir pengkajian awal rawat inap yang membuat petugas harus mengajukan kembali untuk pengisiannya ke dokter yang bersangkutan atau DPJP nya. Supervisi dari verifikator kepada petugas sudah dilakukan dan memang pending dari aspek ini terjadi karena dokter yang belum melengkapi formulir-formulir dan diagnosis yang diajukan memang tidak di setujui oleh BPJS, kemudian untuk saat ini clinal pathway di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul masih berproses dan belum dijalankan 100% di pelayanan.

Hal ini sesuai dengan penelitian di RS tipe B terkait faktor pending klaim dari aspek pelayanan medis yaitu Jika laporan dukungan tidak ada atau tidak lengkap pada saat pengajuan klaim BPJS kepada verifikator BPJS, maka akan dikembalikan untuk diperbaiki atau ditambahkan. Kehilangan tiket dukungan mempengaruhi keabsahan tagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien, karena tiket dukungan adalah bukti pelayanan tambahan yang diberikan oleh pasien (Megawati & Pratiwi, 2016).

c. *Coding*

Coding adalah salah satu kompetensi dalam rekam medis yang memiliki peran yang sangat penting dalam tugas pengodean jenis penyakit dan diagnosis pasien. Pengodean harus dilakukan oleh orang yang benar-benar terampil dalam bidang tersebut. Hal ini berkontribusi pada peningkatan kualitas layanan kesehatan. Selain itu, sesuai dengan aturan ICD-10, koding juga dapat digunakan untuk memberikan kode berdasarkan diagnosis utama. (PepoPepo & Yulia, 2015). Ketidaktepatan diagnosis dapat disebabkan oleh pengetahuan koder, informasi penunjang medis yang tidak lengkap, penggunaan singkatan yang tidak sesuai dengan daftar singkatan rumah sakit, dan keterbacaan diagnosis. Salah satu alasan ketidaktepatan penulisan kode diagnosis adalah karena dokter tidak menulis diagnosis secara lengkap. Akibatnya, petugas rekam medis membuat kesalahan dalam pengodean (Karimah et al., 2016). Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi ketepatan kode, seperti tulisan dokter yang tidak dapat dibaca, kurangnya ketelitian dokter dalam melengkapi rekam medis, kurangnya pengetahuan pengode, dan kurangnya pelatihan untuk pengode. Keakuratan kode yang sesuai dengan ICD-10 sangat penting (Indriyani et al., 2021). Kesalahan dalam menetapkan kode sering mengakibatkan kerugian bagi rumah sakit dan pasien. Untuk rumah sakit, dampaknya termasuk penurunan klaim pembayaran dan penurunan kualitas rekam medis. Untuk pasien, dampaknya termasuk mengkonsumsi obat yang seharusnya tidak dikonsumsi oleh pasien (Karimah et al., 2016).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) nomor 24 tahun 2022 tentang Dokumen Medis mewajibkan fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) untuk menggunakan sistem pencatatan riwayat medis pasien berbasis elektronik. Tanggal akhir untuk peralihan adalah 31 Desember 2023. Bagian dari pilar ke-6 Transformasi Kesehatan, PMK nomor 269 tahun 2008 telah diperbarui untuk mendukung implementasi transformasi teknologi kesehatan. PMK ini mengikuti perkembangan teknologi dan pengetahuan terbaru, serta kebutuhan pelayanan, kebijakan, dan hukum masyarakat.

Informasi demografis, medis, dan informasi pendukung lainnya sudah terintegrasi dalam satu input dalam pencatatan medis digital. Pendokumentasian yang baik mencakup standar keseragaman aturan untuk menjaga informasi, kejelasan tulisan, tidak terlambat ditulis, verifikasi dan masukan yang diberikan, format input yang akurat, dan kelengkapan informasi (Hatta, 2017). Rekam medis elektronik harus dibuat seragam agar informasi yang diperoleh lebih lengkap dan seragam. Hal ini disebabkan fakta bahwa rekam medis elektronik juga harus mencakup informasi pribadi, demografis, sosial, klinis, dan berbagai event klinis yang terjadi selama proses pelayanan melalui penggunaan berbagai sumber informasi, seperti media, dan secara aktif membantu pengambilan keputusan medis.

Berdasarkan hasil studi dokumentasi, observasi, dan wawancara di RS Nur Hidayah Bantul, pada aspek *coding* kualifikasi Pendidikan petugas *coding* adalah D3 Rekam Medis dan jumlah petugas coding di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul sudah memenuhi, dan sudah terdapat SPO terkait pengkodean/kodefikasi tetapi penerapannya belum maksimal sehingga menyebabkan pending dari aspek *coding* ini masih terjadi, pending karena coding yang salah ada pada faktor SDI nya sendiri dalam melakukan pengkodean sehingga masih perlu dilakukannya pelatihan untuk tim *coding*. Pada aspek coding ini juga masih sering terjadi ketidaksepakatan pemilihan diagnosis utama sehingga hasil coding tidak sesuai dengan verifikator BPJS. Kemudian salah satu yang menjadi faktor penyebab pending dari aspek *coding* ini masih terjadi juga karena belum diterapkannya rekam medis elektronik pada berkas rawat inap.

Sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh (Khoerunisa, 2019) bahwa *coding* merupakan suatu hal yang sangat penting yang berpengaruh terhadap sistem pembayaran INA CBG's, maka dari itu penyamaan persepsi tentang diagnosis antara koder rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan harus ditingkatkan guna meminimalisir ketidaksesuaian coding. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan di RS tipe B menunjukkan beberapa faktor yang menyebabkan penundaan klaim BPJS adalah

perbedaan dalam coding dan diagnosis rumah sakit dengan coding yang digunakan oleh validator BPJS kesehatan. Untuk mengurangi perbedaan dalam pengkodean, dokter DPJP, kode rumah sakit, dan verifikator diperlukan kerja sama untuk menyamakan persepsi diagnosis (Purwandono, 2018).

#### **D. KETERBATASAN**

Keterbatasan waktu yang tersedia untuk melakukan wawancara karena kesibukan informan

PEPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA