

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Rumah Sakit

1. Sejarah Rumah Sakit

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping bermula dari didirikannya Balai Kesehatan (Poliklinik) oleh K.H. Sudja' pada 15 Februari 1923, yang mendapat dukungan sepenuhnya dari K.H. Ahmad Dahlan. Balai kesehatan ini pada mulanya disebut PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dan didirikan di Kampung Jagang, Notoprajan, Yogyakarta, sebagai wujud kepedulian untuk memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu. Seiring perkembangan zaman, PKO kemudian berganti nama menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat). Pada tahun 1928, Balai Kesehatan (Poliklinik) PKU Muhammadiyah dipindahkan ke Jalan Ngabean No. 12 B Yogyakarta (sekarang dikenal sebagai Jalan K.H. Ahmad Dahlan), lalu pada tahun 1936 berpindah ke lokasi saat ini di Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta.

Memasuki tahun 1970-an, balai kesehatan (Poliklinik) ini bertransformasi menjadi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Sebagai bagian dari pengembangan layanan, pada 15 Februari 2009, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta meresmikan Unit II yang berlokasi di Gamping, Sleman, Yogyakarta. Selanjutnya, berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK 02.03/I/1976/2023, Unit II RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta diakui sebagai Rumah Sakit dengan klasifikasi kelas C. Berdasarkan Surat Keputusan Badan Pembina Harian Nomor 016I/B-II/BPH-III/III/2016 tertanggal 2 Maret 2016, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II resmi berganti nama menjadi RS PKU

Muhammadiyah Gamping. Rumah sakit ini dimiliki oleh Persyarikatan Muhammadiyah dan pengelolaannya berada di bawah tanggung jawab Pimpinan Pusat Muhammadiyah.

Pada 29 Maret 2021, RS PKU Muhammadiyah Gamping mendapatkan izin operasional sebagai rumah sakit dengan status kelas B dari Dinas Perizinan dan Penanaman Modal Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta. Kemudian, pada 21 April 2022, rumah sakit ini dinyatakan lulus memenuhi persyaratan standar sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama untuk Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (FKIK UMY). Pada tahun 2024, RS PKU Muhammadiyah Gamping berhasil meraih sertifikasi akreditasi rumah sakit dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan predikat Paripurna.

2. Visi dan Misi

a. Visi

Mewujudkan rumah sakit pendidikan utama yang berstandar mutu internasional berdasarkan nilai-nilai Islam.

b. Misi

1) Misi Pelayanan Publik/Sosial

Memberikan pelayanan kesehatan yang berstandar mutu internasional berdasar pada bukti ilmiah dan teknologi kedokteran terkini.

2) Misi Pendidikan Penelitian dan Pengembangan

Menyelenggarakan pendidikan, penelitian dan pengembangan di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi modern khususnya bidang kesehatan.

3) Misi Kerjasama

Menjalin hubungan kerjasama dan jejaring dengan institusi dalam dan luar negeri dalam kerangka pengembangan dan peningkatan mutu pelayanan.

4) Misi Dakwah

Menyelenggarakan dakwah amar ma'ruf dan nahi munkar yang terintegrasi dalam proses pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan.

3. Moto

a. *Smart*

Mampu beradaptasi dengan perkembangan teknologi, memiliki kreativitas dalam menyelesaikan tugas, serta bersedia mencoba berbagi solusi sebagai bentuk ketekunan tanpa mudah menyerah. Siap menghadapi perubahan dengan kemampuan analisis yang baik.

b. Islami

Mampu memberikan pelayanan islami, dengan dimulai dari membangun pikiran (dengan penghayatan) diikuti cara kerja, perilaku, penampilan dan ucapan diniatkan untuk beribadah, serta berlandaskan pada syariat islam dan kemuhammadiyah.

c. Gembira

Mampu bekerja secara mandiri maupun kelompok dengan sepenuh hati, serta diikuti sikap riang, ramah dan santun saat berinteraksi dengan rekan, atasan, bawahan, stakeholder, terutama dengan pasien.

d. Antusias

Mampu menjadi pribadi yang proaktif dan optimis terhadap perubahan dengan menunjukkan sikap pribadi yang penuh syukur, namun selalu berusaha menjadi lebih baik lagi, yang kemudian hal ini mampu mendorong diri untuk terus belajar dan memunculkan sikap inisiatif untuk membuat keadaan lebih baik melalui inovasi yang dihasilkan.

e. Profesional

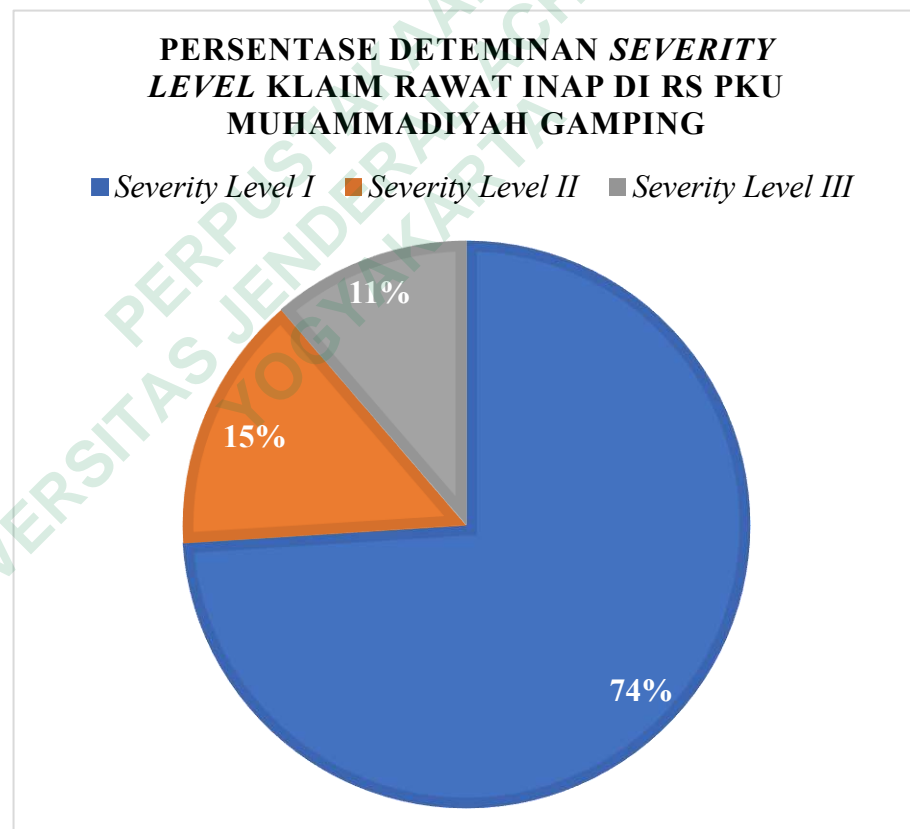
Mampu menyelesaikan setiap tanggung jawabnya secara ikhlas dan ihsan sehingga mampu menjadi insan yang handal serta unggul dengan berbicara, bertindak sesuai dengan kompetensi dan

fakta/data yang ada, diikuti sikap Amanah, serta keinginan untuk bermanfaat lebih bagi sesama dan tempat kerja.

B. Hasil Penelitian

1. Persentase Determinan *Severity Level* Klaim Rawat Inap Di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Hasil penelitian persentase deteminan *severity level* klaim rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping diperoleh dari data sekunder hasil pengajuan klaim rawat inap periode Januari – Desember 2024 berdasarkan tingkat *severity level* adalah sebagai berikut :



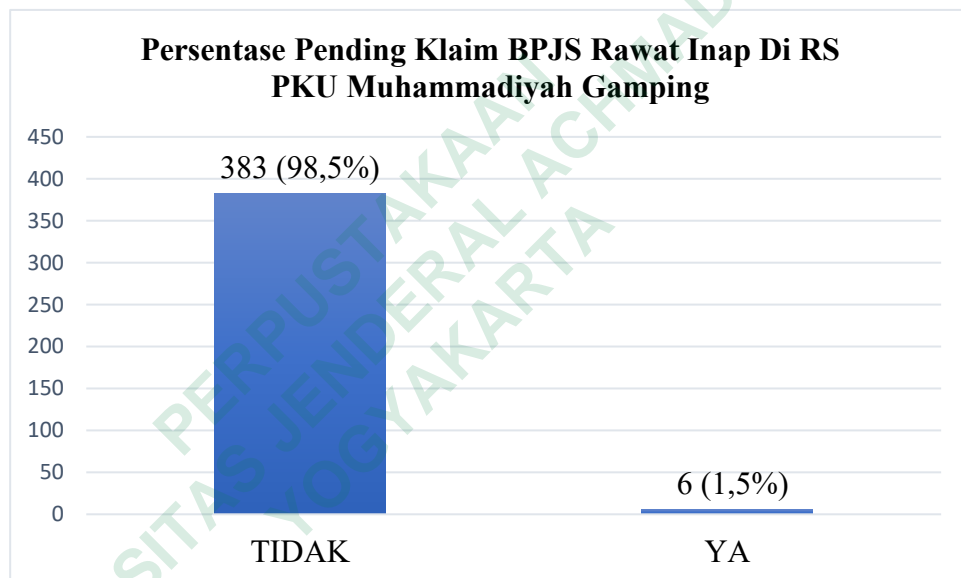
Gambar 4. 1 Persentase Determinan *Severity Level* Klaim Rawat Inap Di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Dari hasil gambar 4.1 menunjukkan bahwa tingkat persentase tertinggi dari 389 sampel didapatkan *severity level* I sebanyak 288

(74%), artinya bahwa sebagian besar pengajuan klaim di RS PKU Muhammadiyah Gamping didominasi oleh *severity level I*. Untuk urutan kedua yaitu *severity level II* sebanyak 57 (15%), dan *severity level III* berada pada urutan terakhir sebanyak 44 (11%).

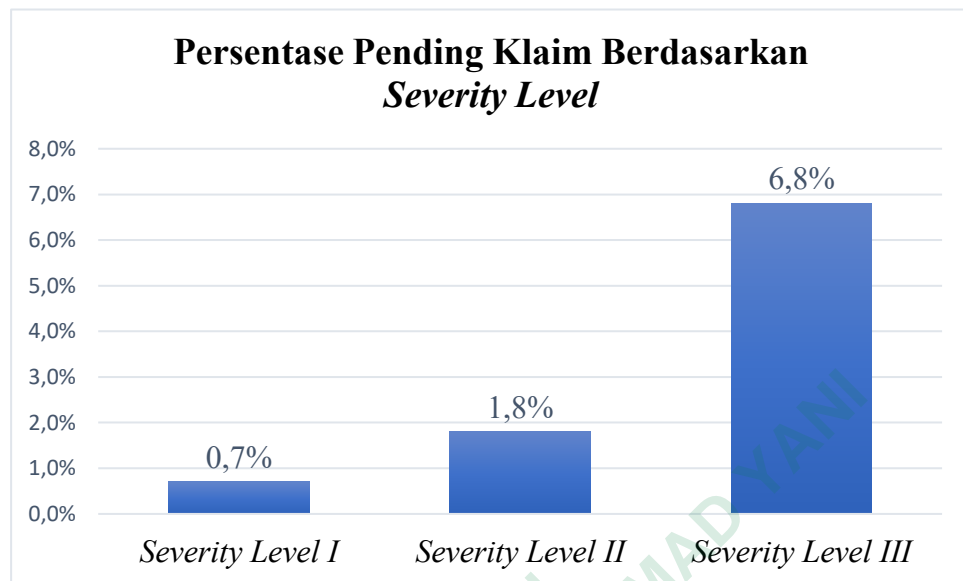
2. Persentase Pending Klaim Di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Hasil penelitian persentase klaim rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping diperoleh dari data sekunder hasil pengajuan klaim rawat inap periode Januari – Desember 2024 adalah sebagai berikut :



Gambar 4. 2 Persentase Pending Klaim Rawat Inap Di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Berdasarkan gambar 4.2 di atas, dapat dilihat bahwa dari total 389 klaim rawat inap yang diajukan ke BPJS Kesehatan selama periode penelitian, terdapat 383 klaim (98,5%) yang dinyatakan tidak pending dan hanya 6 klaim (1,5%) yang mengalami pending. Angka ini menunjukkan bahwa sebagian besar klaim yang diajukan oleh rumah sakit telah berhasil melalui proses verifikasi administratif dan medis yang ditetapkan oleh pihak penjamin (BPJS Kesehatan).



Gambar 4. 3 Persentase Pending Klaim Berdasarkan *Severity Level*

Berdasarkan gambar 4.3, diketahui bahwa pada *severity level I*, terdapat 2 klaim pending dari total 288 klaim, atau setara dengan 0,7%. Sementara itu, pada *severity level II*, terdapat 1 klaim pending dari 57 klaim (1,8%), dan pada *severity level III*, ditemukan 3 klaim pending dari 44 klaim, yang setara dengan 6,8%. Pola ini menunjukkan adanya kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat keparahan kasus (*severity level*), semakin besar pula persentase klaim yang mengalami pending.

3. Hubungan Determinan *Severity Level* Dengan Kejadian Pending Klaim Rawat Inap Di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Hasil penelitian hubungan determinan *severity level* dengan kejadian pending klaim rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah sebagai berikut :

Tabel 4. 1 Tabulasi Silang *Severity Level* Dengan Kejadian Pending Klaim Di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Severity Level					p – value		
	Pending		Tidak Pending		Jumlah		
	N	%	N	%	N	%	
I	2	0,5	286	73,5	288	100	0,009
II	1	0,3	56	14,4	57	100	
III	3	0,8	41	10,5	44	100	
Jumlah	6	1,5	383	98,5	389	100	

Diketahui bahwa angka kejadian pending sebesar 1,5 % (6 sampel) dimana dari 1,5 % ini terdistribusi pada *severity level* I sebanyak 0,5 % (2) dari 389 sampel, *severity level* II sebanyak 0,3 % (1) dari 389 sampel, dan *severity level* III sebanyak 0,8 % (3) dari total sampel. Hipotesis dalam penelitian yaitu H^0 = Tidak terdapat hubungan determinan *severity level* dengan kejadian pending klaim di RS PKU Muhammadiyah Gamping dan H^1 = Terdapat hubungan determinan *severity level* dengan kejadian pending klaim di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Tingkat probabilitas (signifikansi) yang diterapkan adalah $p < 0,05$ untuk menentukan apakah ada hubungan yang signifikan secara statistik antara tingkat keparahan pasien (*severity level*) dan kejadian pending klaim. Jika probabilitas $> 0,05$, maka H^0 diterima dan jika probabilitas $< 0,05$, maka H^0 ditolak.

Berdasarkan hasil uji *Chi-Square*, pada kolom *p-value* diperoleh nilai 0,009, atau probabilitas di bawah 0,05 ($0,009 < 0,05$). Maka H^0 ditolak. Karena nilai tersebut lebih kecil dari taraf signifikansi 0,05 ($p < 0,05$), maka dari analisis di atas, bisa diambil kesimpulan yaitu terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara *severity level* dan pending klaim. Semakin tinggi tingkat *severity level* maka semakin tinggi tingkat pending klaim.

C. Pembahasan Penelitian

1. Persentase Determinan *Severity Level* Klaim Rawat Inap Di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Hasil analisis pada gambar 4.1 menunjukkan bahwa mayoritas klaim rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping didominasi oleh *Severity Level* I, yaitu sebanyak 288 (74%). Sementara itu, klaim dengan *Severity Level* II sebanyak 57 (15%), dan *severity level* III hanya berjumlah sebanyak 44 (11%). Meskipun jumlah klaim pada *severity*

level III tergolong sedikit, justru kelompok inilah yang paling banyak mengalami pending. *Severity level I* menunjukkan tingkat keparahan “Ringan” dengan kondisi tanpa komplikasi maupun komorbiditi, *severity level II* menunjukkan tingkat keparahan “Sedang” dengan kondisi *mild* komplikasi dan komorbiditi, dan *severity level III* menunjukkan tingkat keparahan “Berat” dengan kondisi major komplikasi dan komorbiditi. Temuan ini mengindikasikan bahwa semakin tinggi tingkat keparahan kondisi pasien, maka proses verifikasi dan persetujuan klaim oleh BPJS Kesehatan pun cenderung lebih rumit dan memakan waktu lebih lama.

Temuan ini diperkuat oleh penelitian Sitorus et al(2023) Penelitian di RSUD Sultan Sulaiman, Serdang Bedagai menunjukkan bahwa kasus dengan tingkat keparahan tinggi (*Severity Level III*) menyumbang sekitar 52,5% dari total berkas klaim yang diteliti. Selain itu, ditemukan bahwa beberapa faktor seperti kesalahan dalam pencatatan kode diagnosis, hasil pemeriksaan diagnostik yang belum lengkap, serta ketidaksesuaian omit code memiliki kaitan yang signifikan dengan kejadian pending klaim ($p < 0,05$). Sebagai ilustrasi, sekitar 65,3% klaim dengan hasil pemeriksaan yang tidak lengkap berujung pada pending, dan 68% klaim dengan omit code yang tidak sesuai juga tidak disetujui. Temuan ini memperlihatkan bahwa pada kasus dengan *severity level* tinggi, proses dokumentasi dan pengodean yang lebih kompleks cenderung meningkatkan potensi masalah administratif yang akhirnya menghambat proses klaim.

Selaras dengan hasil penelitian Sunayya (2024) Dalam penelitian yang dilakukan di RSUD X Ponorogo, ditemukan bahwa klaim dengan *Severity Level* ringan mendominasi, yaitu sebesar 80,71%. Namun, justru kasus dengan tingkat keparahan sedang hingga berat lebih sering mengalami selisih tarif negatif dibandingkan dengan tarif INA-CBG. Yang menarik, kelompok penyakit dalam yang umumnya berkaitan dengan *severity* tinggi menyumbang selisih tarif negatif

paling besar, mencapai sekitar -Rp 343 juta, bahkan melampaui kelompok penyakit bedah dan saraf. Selain itu, klaim rawat inap dari pasien lanjut usia dan manula juga banyak yang mengalami selisih tarif negatif. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dengan kondisi kronis dan komorbiditas tinggi cenderung memiliki klaim yang lebih kompleks, sehingga proses verifikasinya menjadi lebih rumit.

Berdasarkan temuan dari kedua penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa tingkat keparahan (*severity*) memainkan peran penting dalam kelancaran proses klaim *INA-CBG*. Semakin tinggi tingkat *severity*, maka semakin kompleks pula kasus yang ditangani, sehingga dibutuhkan dokumentasi medis yang lebih lengkap, akurasi dalam pengodean, dan kelengkapan administrasi yang lebih tinggi. Oleh karena itu, pengelolaan yang terstruktur dan terstandar terhadap aspek-aspek tersebut sangat diperlukan untuk meminimalisir potensi klaim tertunda, khususnya pada pasien dengan tingkat keparahan yang tinggi.

2. Persentase Pending Klaim Di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Berdasarkan gambar 4.2, diketahui bahwa dari total 389 klaim rawat inap yang diajukan oleh RS PKU Muhammadiyah Gamping ke BPJS Kesehatan, sebanyak 383 klaim (98,5%) dinyatakan tidak pending, sedangkan hanya 6 klaim (1,5%) yang mengalami pending. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar klaim yang diajukan telah memenuhi ketentuan administratif dan medis yang dipersyaratkan oleh BPJS Kesehatan. Persentase klaim yang tidak pending yang sangat tinggi mencerminkan bahwa sistem dokumentasi dan pengajuan klaim di rumah sakit tersebut sudah berjalan dengan cukup baik. Namun demikian, meskipun jumlah klaim pending tergolong kecil, tetap perlu dilakukan evaluasi terhadap faktor-faktor penyebabnya agar potensi keterlambatan atau penolakan klaim dapat diminimalkan.

Sementara itu, gambar 4.3 menunjukkan distribusi persentase klaim pending berdasarkan tingkat keparahan atau *severity level* pasien.

Terlihat bahwa semakin tinggi tingkat *severity level*, maka persentase klaim pending juga cenderung meningkat. Pada *Severity Level I*, persentase pending sebesar 0,7% (2 dari 288 klaim), pada *Severity Level II* sebesar 1,8% (1 dari 57 klaim), dan pada *Severity Level III* meningkat menjadi 6,8% (3 dari 44 klaim). Temuan ini menunjukkan bahwa kasus dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi berisiko lebih besar mengalami pending klaim. Hal ini kemungkinan besar disebabkan oleh meningkatnya kompleksitas kondisi klinis dan tindakan medis pada pasien dengan *severity level* tinggi, yang memerlukan dokumentasi lebih lengkap, rinci, dan akurat. Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan dokumentasi tersebut dapat berdampak pada tertundanya proses verifikasi klaim.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Ubaidillah et al (2022) dalam penelitiannya di RSUD RAA Soewondo Pati menemukan bahwa penyebab utama pending klaim BPJS rawat inap adalah masalah pada dokumen medis (61%), ketidaktepatan coding (25%), dan masalah administrasi (14%). Kasus dengan tingkat *severity* yang lebih tinggi umumnya memiliki kondisi klinis yang kompleks, sehingga berpotensi menimbulkan kekurangan kelengkapan dokumen atau ketidakakuratan coding, yang pada akhirnya dapat meningkatkan risiko klaim tertunda.

Kedua, penelitian oleh Meinintyas (2025) menunjukkan bahwa ketepatan *coding* diagnosis, kelengkapan resume medis, kelengkapan dokumen penunjang, serta kelengkapan administrasi klaim berpengaruh signifikan terhadap kejadian pending klaim ($p < 0,05$). Hasil penelitian tersebut mendapati bahwa pada berkas klaim yang tertunda, terdapat ketidaktepatan *coding* sebesar 87,6%, ketidaklengkapan resume medis sebesar 95,3%, dan kekurangan dokumen penunjang sebesar 92,3%. Hal ini mengindikasikan bahwa pada kasus dengan tingkat *severity* yang lebih tinggi dan kompleksitas klinis yang lebih rumit, kebutuhan akan keakuratan dan kelengkapan

data menjadi semakin krusial, sehingga membutuhkan koordinasi yang lebih intensif di internal rumah sakit.

3. Hubungan Determinan *Severity Level* Dengan Kejadian Pending Klaim Rawat Inap Di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *severity level* dan kejadian pending klaim rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping, dengan nilai signifikansi sebesar $p = 0,009$ ($p < 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat keparahan pasien (*severity level*) memengaruhi status pengajuan klaim, di mana *severity level* yang lebih tinggi cenderung memiliki risiko lebih besar untuk mengalami pending klaim.

Beberapa penelitian sebelumnya juga mendukung temuan ini, dengan menunjukkan bahwa kasus-kasus pada tingkat *severity* tinggi cenderung melibatkan layanan klinis dan administratif yang lebih rumit. Akibatnya, kemungkinan terjadinya ketidaksesuaian atau kekurangan dalam dokumen klaim pun menjadi lebih besar. Penelitian oleh Ubaidillah et al (2022) menunjukkan bahwa faktor utama penyebab pending klaim di RSUD RAA Soewondo Pati adalah masalah pada berkas medis (61%), ketidaktepatan pengodean (25%), dan kendala administrasi (14%). Pada kasus dengan tingkat *severity* yang lebih tinggi, yang biasanya melibatkan diagnosis tambahan dan prosedur kompleks, risiko terjadinya hambatan pada ketiga aspek tersebut cenderung lebih besar.

Hal serupa juga dilaporkan oleh Meinintyas, Penelitian tersebut menunjukkan bahwa klaim tertunda berkaitan erat dengan ketepatan pengodean diagnosis, kelengkapan resume medis, kelengkapan penunjang medis, serta kelengkapan berkas administrasi. Pada klaim yang berstatus pending, ditemukan ketidaktepatan coding sebesar 87,6%, ketidaklengkapan resume medis sebesar 95,3%, kelengkapan penunjang medis sebesar 92,3%, dan ketidaklengkapan berkas

administrasi sebesar 84,7%. Temuan ini menekankan pentingnya ketelitian dalam pencatatan dan pengodean, khususnya pada kasus dengan *severity level* tinggi, agar hambatan administratif dalam proses klaim dapat diminimalkan.

Selanjutnya, Sunayya (2024) dalam penelitiannya di RSUD X Ponorogo mengungkapkan bahwa meskipun klaim dengan *severity level* ringan mendominasi secara jumlah, klaim dengan tingkat keparahan sedang dan berat cenderung lebih sering mengalami selisih tarif negatif. Hal ini menunjukkan adanya ketidakseimbangan antara kompleksitas layanan yang dibutuhkan dengan tarif *INA-CBG* yang berlaku. Kompleksitas perawatan dan kebutuhan sumber daya yang lebih tinggi pada kasus *severity* sedang dan berat berkontribusi pada pembengkakan biaya riil rumah sakit, yang apabila tidak didukung oleh dokumentasi layanan dan perhitungan biaya yang memadai, dapat meningkatkan potensi klaim tertunda pada tahap verifikasi.

Dengan adanya kejadian yang cukup tinggi pada *severity level* 3 ini menunjukkan bahwa keterampilan seorang clinical coder dalam melakukan reseleksi kode pada kasus rekam medis dengan kondisi major komplikasi dan komorbiditi menjadi penting. Akurasi pencatatan klinis sangat dibutuhkan, khususnya pada perawatan pasien berpenyakit kronis (Setyaningrum et al., 2016).

Clinical Documentation Improvement (CDI) telah muncul sebagai strategi penting bagi organisasi layanan kesehatan untuk meningkatkan keakuratan dan kelengkapan dokumentasi klinis, meningkatkan pengodean dan penggantian biaya, dan pada akhirnya mendukung pemberian perawatan pasien yang berkualitas tinggi. Temuan menunjukkan bahwa inisiatif *CDI* yang dirancang dan diterapkan dengan baik dapat meningkatkan keakuratan pengodean secara signifikan, yang mengarah pada penggantian biaya yang lebih tepat. Selain itu, dokumentasi yang lebih baik mendukung pelaporan

kualitas yang lebih kuat dan memfasilitasi penyediaan perawatan berbasis bukti. (Factor, 2024)

Pentingnya *Clinical Documentation Improvement (CDI)* terletak pada perannya dalam menjamin mutu layanan kesehatan melalui dokumentasi medis yang lengkap, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan. *CDI* mendukung proses pengodean diagnosis dan tindakan yang tepat sehingga data yang dihasilkan valid untuk keperluan pelaporan mutu, pengajuan klaim, dan evaluasi kinerja rumah sakit. Dokumentasi yang baik juga menjadi dasar transparansi kepada publik, mendukung analisis data dan pengambilan keputusan, serta mengurangi risiko kesenjangan informasi akibat keterbatasan keterampilan dokumentasi tenaga medis. Oleh karena itu, penerapan *CDI* yang optimal dapat mendorong rumah sakit untuk memberikan pelayanan berkualitas, memastikan pelaporan klaim yang lancar, serta mendukung keberlanjutan insentif keuangan berbasis mutu. (Courtright et al., 2004)

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini hanya menganalisis satu variabel independen (*severity level*), tanpa memasukkan variabel penting lain seperti kelengkapan berkas, verifikasi internal, jenis tindakan medis, atau lama rawat inap, yang juga berpotensi memengaruhi klaim.