

Jurnal Penelitian Kesmasy	Vol. 7 No.1	Edition: Mei 2024 – Oktober 2024
	http://ejournal.delihusada.ac.id/index.php/JPKSY	
Received: 04 Oktober 2024	Revised: 17 Oktober 2024	Accepted: 20 Oktober 2024

ANALISIS IMPLEMENTASI MANAJEMEN CASEMIX DALAM PENINGKATAN PENDAPATAN DI RSUD X

Erni Herdiani¹, Abdul Aziz¹, Arda Yunita Subardi², Eggie Dwinuarisha³

Universitas Respati Indonesia¹, Poltekkes Kemenkes Jakarta III¹
Rumah Sakit Daerah X Bekasi² Politeknik Bhakti Kartini³

email : erniherdiani13dkedua@gmail.com¹, az.mandiri@yahoo.com¹,
eggied@yahoo.com³

Abstract

Hospitals are currently facing high VUCA (vulnerability, uncertainty, complexity & ambiguity) challenges. In order to remain able to compete in a healthy manner, to grow and develop successfully in accordance with its vision and mission, hospitals need to respond to these changes quickly and appropriately. One form of response to these changes is that hospital management understands the Casmix system and can implement it. Therefore, research was carried out at Hospital The research was carried out using a qualitative method with a descriptive analytical approach where this research carried out observations of the management casemix activity process, documented and interviewed and analyzed the research results. The results obtained are the implementation of casemix management at RSUD X in the Casemix unit. It can be concluded that Casemix management is less than optimal. The obstacles to less than optimal casemix management are the lack of optimal mapping of workload analysis and empowerment of casemix team personnel evenly and optimally and the lack of re-socialization of both coding and clinical pathway compliance for medical service teams. Apart from that, the work mechanism does not yet contain minimum time standards for each step of filing, coding and submission and there is no completeness checklist so that monitoring and evaluation cannot be carried out optimally. Apart from that, RME is not yet optimal, especially in inpatient settings, it is not yet integrated and does not include interoperability. Optimization can be carried out, including by optimizing the casemix team by analyzing workloads and job descriptions whose performance indicators can be measured by updating existing SKs according to the analysis carried out, optimizing BPJS Claims SOPs, equipped with time limits for each step, making it easier to carry out monitoring and evaluation. It is also necessary to prepare a checklist for completeness of files so that proper monitoring and evaluation can be carried out, improving supporting facilities, namely RME, is very vital to be able to carry out Competency improvement can continue to be carried out periodically, especially in inpatient settings, periodically increasing competency for casemix teams and resocializing clinical pathways.

Keywords : *implementation, casemix, optimization*

1. PENDAHULUAN

Dengan adanya regulasi baru seperti UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS), serta peraturan-peraturan terkait, peta persaingan antar rumah sakit mengalami perubahan. Agar tetap dapat bersaing secara sehat dan berkembang sesuai visi dan misi, rumah sakit perlu merespons perubahan ini dengan cepat dan tepat. Salah satu cara untuk merespons adalah dengan memahami dan mengimplementasikan sistem casemix di rumah sakit.

Sistem casemix adalah pendekatan yang ditujukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan secara umum, yang mengacu pada campuran kasus berdasarkan jenis dan tingkat pasien yang dilayani. Sistem ini memungkinkan perbandingan antara rumah sakit dan layanan kesehatan lainnya, sehingga membantu dalam perencanaan dan manajemen sistem pelayanan kesehatan. Casemix mengklasifikasikan pasien ke dalam kelompok klinis tertentu yang menggunakan sumber daya pelayanan kesehatan yang serupa, memungkinkan perbandingan aktivitas klinik, kualitas, dan efisiensi biaya antara berbagai rumah sakit (Department of Health, State of Western Australia).

Di Indonesia, sistem casemix dikenal sebagai Indonesian Case Based Groups (INACBG's). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, Pasal 1 Ayat 3, menetapkan bahwa Tarif INACBG's adalah jumlah pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan pengelompokan

diagnosis penyakit dan prosedur. Pengelompokan ini menggunakan kode internasional seperti International Classification of Diseases version 10 (ICD 10) dan International Classification of Diseases version 9 Clinical Modification (ICD 9 CM). Kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan prosedur dapat mengakibatkan kerugian besar bagi rumah sakit; under coding dapat menyebabkan kerugian finansial, sementara over coding dapat mengakibatkan klaim tidak diterima dan berpotensi dianggap sebagai penipuan. Oleh karena itu, rumah sakit negeri diwajibkan menerapkan sistem casemix dan menjalin kerja sama.

2. METODE

Metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik dimana penelitian ini melakukan observasi proses kegiatan management casemix, mendokumentasikan serta wawancara dan menganalisis hasil penelitiannya.

3. HASIL

RS X adalah Rumah Sakit Tipe B yang berlokasi di Provinsi Jawa Barat, menyediakan layanan Instalasi Gawat Darurat dan memiliki 33 layanan Rawat Jalan yang terintegrasi dengan BPJS. Rumah sakit swasta juga diwajibkan untuk mematuhi undang-undang yang menjadi dasar bagi peraturan yang mereka buat. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, yang terdiri dari sekitar 100 rumah sakit di seluruh Indonesia, belum semua menjalin kerjasama dengan BPJS. Selain itu, meskipun beberapa rumah sakit telah bekerja sama dengan BPJS, hasil penelitian pendahuluan menunjukkan bahwa belum semuanya berhasil menerapkan sistem casemix secara efektif dan efisien. Sumber daya manusia di rumah sakit memegang peranan penting dalam keberhasilan pelaksanaan program

seperti sistem casemix, yang telah diterapkan di berbagai negara, baik maju maupun berkembang.

Dari Pendapatan BLUD RSUD X mengalami penurunan. Pada Tahun 2022 sudah mencapai Rp. 16.627.304.791 dan saat ini di Tahun 2023 hanya mencapai Rp.172.273.075.912,- kemudian terdapat data terdapat kendala dari internal RS maupun faktor eksternal. Faktor internal yang menjadi pusat dalam pendapatan adalah casemix. Oleh karena itu dalam penelitian ini ingin mengetahui implementasi manajemen casemix di RS X dan mengetahui apa saja yang menjadi kendala dan bagaimana mengoptimalkan implementasi tersebut

Poli Klinik , Rawat Inap dengan jumlah bed sebanyak 257 bed, dan Penunjang Medis diantaranya CT Scan, Mammografi, USG,C-Arm, Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Bank Darah Rumah Sakit, Mikrobiologi Klinik dan telah menerapkan Rekam Medis Elektronik (RME) akan tetapi saat penelitian ini dilaksanakan belum terbridging dengan SATU SEHAT Kementerian Kesehatan.

Kunjungan pasien di poliklinik rawat jalan dari tahun 2019 hingga 2021 menunjukkan penurunan. Namun, pada tahun 2022 dan 2023, terjadi peningkatan jumlah kunjungan dibandingkan tahun sebelumnya. Dari Januari hingga Desember 2023, Poliklinik Pelangi mencatat jumlah kunjungan tertinggi, yakni 12.731 pasien, diikuti oleh Poliklinik Psikiatri dengan 11.084 pasien dan Poliklinik Umum dengan 8.344 pasien. Kunjungan di Instalasi Gawat Darurat juga mengalami penurunan antara tahun 2019 dan 2021, tetapi meningkat pada tahun 2022 dan 2023.

Dari segi metode pembayaran, sekitar 60% (62.745 pasien) mengakses layanan poliklinik rawat jalan melalui JKN, sementara 35% (37.356 pasien) menggunakan metode pembayaran umum dan 5% (4.958 pasien) Non-JKN. Kinerja

pelayanan rawat inap di RSUD X pada tahun 2023 sudah mencapai efisiensi, tetapi pengelolaan tempat tidur masih perlu perbaikan. Nilai Net Death Rate (NDR) untuk RSUD X pada tahun 2023 berada di atas standar ideal, yaitu lebih dari 25 permil. Peningkatan Gross Death Rate (GDR) dan NDR menunjukkan mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien selama rawat inap masih belum memadai.

Beberapa faktor yang mempengaruhi angka kematian, seperti tingkat keparahan penyakit, kecepatan pelayanan, dan ketepatan pengobatan, sangat penting untuk diperhatikan. Pasien yang meninggal dalam waktu 48 jam setelah masuk rumah sakit biasanya dalam kondisi kritis, sehingga kematian mereka tidak selalu disebabkan oleh kurangnya mutu pelayanan medis.

Meskipun jumlah pasien dirawat di RSUD X mengalami penurunan dari tahun 2019 hingga 2021, angka pasien rawat inap meningkat pada tahun 2022 dan 2023. Standar ideal untuk GDR menurut Kemenkes RI adalah kurang dari 45 permil, sementara nilai GDR RSUD X pada tahun 2023 berada di atas angka tersebut. Prosentase pasien rawat inap yang menggunakan JKN pada tahun 2023 mencapai 91% (12.745 pasien), diikuti oleh pembayaran umum sebesar 6% (775 pasien) dan Non-JKN sebesar 3% (401 pasien).

Oleh karena itu, rumah sakit perlu meningkatkan layanan dengan melengkapi fasilitas dan memberikan pelatihan kepada tenaga medis, terutama dalam menangani pasien kritis, untuk menurunkan angka GDR dan NDR. RSUD X sudah menerapkan BLUD sejak tahun 2019 dan semakin lama pendapatan semakin meningkat. Akan tetapi di Tahun 2023 terdapat kecenderungan penurunan yang signifikan yaitu pada tahun 2022 pendapatan BLUD mencapai Rp. 216.637.304.791 sedangkan

pad tahun 2023 hanya mencapai Rp.172.273.075.912.

RSUD X mempunyai Tim Casemix yang ditetapkan dalam SK Direktur RSUD X nomor : HK.02.02/706/RSUD/2022 tanggal 9 September 2022 yang terdiri dari 13 orang dengan uraian tugas sebagai Ketua 1 (satu) orang, Sekretaris 1 (satu) orang, Tim Verifikasi Internal/Pemberkasan 4 (empat) orang, Tim Rekam Medis 2 (dua) orang, Admin 1 (satu) orang, Coder 3 (tiga) orang, dan Tim IT 1 (satu) orang. Tim Casemix terdiri dari tenaga medis 5 orang, paramedis 4 orang, Tenaga lainnya 4 orang. RSUD X mempunyai SOP Pengajuan Klaim Pelayanan Pasien BPJS dengan Nomer SOP KS.08.02/942/RSUD/2024.

Proses manajemen klaim di RSUD X adalah saat pasien pulang, TIM Klaim BPJS menerima berkas klaim dari Instalasi Rekam Medis. Tim Klaim BPJS Kesehatan RS bersama Tim Casemix melakukan verifikasi kelengkapan berkas yang diterima dari instalasi Rekam Medis. Apabila berkas yang diterima belum lengkap maka tim casemix akan mengembalikan ke Instalasi Rekam Medis. Setelah berkas lengkap maka akan dilakukan coding sesuai ICD X dan Prosedur (ICD IX) oleh Tim Klaim di Program E-Claim. Jika ada kasus pasien yang tidak bisa di coding maka tim Klaim akan berkoordinasi dengan Tim Casemix untuk menyesuakannya. Setelah proses coding akan disimpan dalam format PDF kemudian dikirim ke Tim Verifikator dalam bentuk TCT Encrypted di program V Klaim (FORM DIVA). Setelah pengiriman V Klaim selesai, berkas klaim dalam bentuk soft file akan dikirim ke Tim Verifikator. Tim Klaim membuat surat Berita Acara, Surat Pertanggungjawaban Mutlak dan Syarat Pengajuan Berkas Klaim yang ditandatangani oleh Direktur disertai dengan Surat Pemeriksaan Klaim oleh Tim Pencegahan Kecurangan (Fraud) yang telah ditandatangani oleh Tim Fraud RS Semua

berkas klaim di verifikasi oleh Verifikator BPJS selama 20 hari setelah pengiriman dan RS mendapat hasil verifikasi apakah layak, pending atau tidak layak. Bendahara penerimaan RSUD X akan membuat berita acara hasil verifikasi pasca klaim dan ditandatangani oleh Direktur dan dikirim ke BPJS dengan pembayaran paling lambat 12 hari kerja.

Terdapat kesenjangan dari performa coding diantaranya adalah kondisi coding per hari hanya mampu menyelesaikan sekitar 60 berkas sedangkan kondisi yang diharapkan adalah sekitar 70 berkas per hari, walaupun terlihat ada sebanyak 7 koder yang melakukan coding tetap tidak mampu menyelesaikan sesuai target. Dalam SK Direktur Koder hanya 3 orang dengan inisial HM, NK dan DRR sedangkan pada pelaksanaannya terdapat 7 orang Koder.

RSUD X sebagian besar melayani pasien BPJS. Pada tahun 2023 melayani pasien rawat inap BPJS sebanyak 11.824 pasien dengan sebanyak 8.313 klaim reguler sesuai dengan jadwal dengan persentase sebanyak 70,31% dengan klaim susulan sebanyak 2.614 (92,41%).

Dengan klaim pending 2.291 (19,38%) dan klaim tidak layak sebanyak 23 klaim (0,19%). Sedangkan pada Klaim Data Rawat Jalan didapatkan total klaim UGD sebanyak 11.497 dan Rawat Jalan Poli sebanyak 47.468 sehingga total adalah 58.965 klaim. Terdapat Pending sebanyak 2.147 Klaim (3,64%), Turun Koding (Berubah Grup) 74 Klaim (0,13%), Tidak Layak 305 klaim (0,52%) dan Klaim discarded (tidak ada di data E-Claim) sebanyak 71 klaim(0,12%)

Pada Rawat Jalan distribusi kelengkapan Clinical Pathway dilakukan berdasarkan pengukuran kelengkapan pengisian Clinical Pathway. Untuk TB Paru dan Fraktur Femur sudah mencapai target

80% sedangkan pada diagnosa Fraktur Humerus, Abses Oromaxilofacial, CKD, Pneumothorax, Diabetes Mellitus dan KAD belum mencapai target. Hal ini dikarenakan banyaknya comorbiditas penyerta pada penyakit tersebut sehingga banyak varian baik dalam diagnosa maupun perawatan. Selain itu terdapat beberapa clinical pathway yang tidak dijalankan sebagaimana mestinya yaitu Stroke Non Hemoragik, Benign Prostate Hiperplasia, Gagal Jantung Akut, ST Elevasi Miokard Infark (STEMI), Epidural Hematoma, dan Hematom Intracerebral. Beberapa penyebab tidak berjalannya clinical pathway pada beberapa instalasi dikarenakan kurangnya re- sosialisasi terkait penerapan clinical pathway. Faktor keberhasilan klaim BPJS diantaranya semakin minimnya dispute sehingga meminimalisir klaim pending, turun koding atau tidak layak. Hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan klaim diantaranya adalah kepatuhan pada Clinical Pathway yang telah ditetapkan. Berdasarkan data yang diambil dari data casemix didapatkan rata-rata terdapat pending Rawat inap sekitar rerata Rp 2 Milyar per bulan di Tahun 2023 bila direrata maka sekitar setahun pending sebesar 24 Milyar dan di Rawat Jalan sekitar Rp 1 Milyar /bulan sehingga dalam setahun Rp 12 Milyar, total pending sekitar 36 Milyar sekitar 25,17% dari seluruh total Pendapatan RS. Faktor RME sangat mempengaruhi keberhasilan Klaim BPJS. Berdasarkan Indikator mutu unit di RS Kabupaten Bekasi yang telah ditetapkan oleh kebijakan RS dan standard akreditasi belum mencapai target yang ditetapkan cenderung disebabkan karena penggunaan RME di unit rawat jalan yang belum optimal. Beberapa permasalahan yang ditemui dalam proses implementasi rekam medis elektronik antara lain RME yang belum sepenuhnya terintegrasi dengan SATU SEHAT,

penyediaan dokumen rekam medis pada pelayanan rawat jalan yang belum sesuai target, retensi BRM yang tinggi, lokasi ruang rekam medis yang jauh dari poliklinik, dan beberapa dokter masih meminta berkas rekam medis manual. Masalah utama yang menjadi prioritas adalah RME yang belum memenuhi persyaratan standar data, metadata, interoperabilitas data sehingga belum dapat terintegrasi dengan SATU SEHAT.

IV. PEMBAHASAN

Keberhasilan klaim Rumah Sakit (RS) atas INA-CBGs (Indonesian Case Base Groups) ditentukan oleh beberapa faktor kunci. INA-CBGs adalah sistem pengelompokan kasus medis di Indonesia untuk mempermudah pengelolaan klaim biaya perawatan berdasarkan kelompok kasus. Berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan klaim INA-CBGs:

1. Dokumentasi Medis yang Akurat dan Lengkap

Rumah sakit harus memastikan bahwa semua dokumentasi medis, termasuk diagnosis, prosedur, dan hasil pemeriksaan, lengkap dan akurat. Kesalahan atau kekurangan dalam dokumentasi dapat menyebabkan klaim ditolak atau dibayar kurang.

Di RSUD X dokumentasi medis yang akurat dan lengkap terkendala karena Rekam Medis Elektronik belum terintegrasi dengan baik khususnya di Rawat Inap. Untuk di UGD dan Rawat Jalan sudah terintegrasi sedangkan di Rawat Inap belum sepenuhnya terdapat interoperabilitas, sehingga harus menggunakan mekanisme manual. Hal ini menyebabkan proses pemberkasan memakan waktu lama pada proses pemberkasan RSUD X sebagian besar

melayani pasien BPJS. Pada tahun 2023 melayani pasien rawat inap BPJS sebanyak 11.824 pasien dengan sebanyak 8.313 klaim reguler sesuai dengan jadwal dengan persentase sebanyak 70,31% dengan klaim susulan sebanyak 2.614, hal ini dikarenakan terkendalanya proses pemberkasan yang masih manual di Rawat Inap.

2. Pendaftaran dan Validasi Data Pasien

Data pasien harus terdaftar dengan benar dalam sistem, termasuk nomor BPJS, identitas, dan informasi lainnya. Kesalahan data atau ketidakcocokan dapat menghambat proses klaim. Di RSUD X untuk proses pendaftaran sudah menggunakan sistem RME sehingga saat melakukan validasi data pasien tidak terkendala. Sedangkan di Rawat Inap seringkali terkendala karena RME belum optimal.

3. Pemilihan Kode INA-CBGs yang Tepat

Kode INA-CBGs yang dipilih harus sesuai dengan diagnosis dan prosedur medis yang dilakukan. Kesalahan dalam pemilihan kode dapat mengakibatkan klaim tidak diterima atau pembayaran tidak sesuai. Di RSUD X dalam proses penentuan Kode INA CBGs terdapat tim koder sebanyak 3 orang yang terdiri dari seorang dokter gigi dan paramedis. Akan tetapi pada pelaksanaannya tim lain pun membantu sehingga rata-rata dibantu sampai dengan 7 orang koder. Akan tetapi ada nama tim koder yang tidak ada dalam SK Tim Casemix secara regulasi belum tepat, dan terdapat ketimpangan beban kerja yang tidak seimbang. Rata-rata per hari harusnya dapat dilakukan 23 berkas per orang sehingga cukup dengan 3 orang koder, akan tetapi ada yang jauh di bawah target. Belum adanya pengawasan dan evaluasi serta standar tertentu tentang penyelesaian pengkodean sehingga

belum hasil belum optimal. Selain itu dalam Tim Coding sebaiknya terdapat dokter umum yang memahami coding untuk ICD X atau ICD IX diagnosa pasien.

4. Kepatuhan terhadap Prosedur dan Standar

Rumah sakit harus mematuhi prosedur dan standar yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan dan INA-CBGs, termasuk tata cara pengajuan klaim dan waktu pengajuan. Di RS X sudah mempunyai SOP tentang pengklaiman pasien BPJS akan tetapi dalam SOP tersebut belum ada standar waktu minimal dalam melakukan setiap langkahnya sehingga tidak bisa dilakukan monitoring dan evaluasi. Terkait kelengkapan berkas juga belum ada SOP yang baku dan tersosialisasikan sehingga ada beberapa langkah penting terlewat. Yang paling sering adalah resume yang belum lengkap, seharusnya resume sudah tersedia maksimal 48 jam setelah pasien pulang. Rekam medis menurut (IDI No.315/PB/A.4/88) menyebutkan: Resume medis (kesehatan) harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya paling lambat 48 jam setelah pasien pulang atau meninggal (11). Resume medis meliputi, dan pengamatan perjalanan penyakit), catatan dari pihak ketiga, hasil pemeriksaan laboratorium, foto rotgen, pemeriksaan USG, dan lain – lain serta resume.

5. Penggunaan Tarif dan Paket yang Sesuai

Bahwa layanan dan perawatan yang diberikan sesuai dengan tarif dan paket yang berlaku dalam sistem INA-CBGs. Penggunaan paket yang tidak sesuai dapat mempengaruhi jumlah klaim yang disetujui. Selain itu kepatuhan akan Clinical Pathway masih kurang sehingga sering terjadi loss dalam kendali biaya sehingga tidak bisa diklaim atau terjadi dispute. I. Untuk TB Paru dan Fraktur Femur sudah mencapai target 80% sedangkan pada diagnosa Fraktur

Humerus, Abses Oromaxilofacial, CKD, Pneumothorax, Diabetes Mellitus dan KAD belum mencapai target. Hal ini dikarenakan banyaknya comorbiditas penyerta pada penyakit tersebut sehingga banyak varian baik dalam diagnosa maupun perawatan. Selain itu terdapat beberapa clinical pathway yang tidak dijalankan sebagaimana mestinya yaitu Stroke Non Hemoragik, Benign Prostate Hiperplasia, Gagal Jantung Akut, ST Elevasi Miokard Infark (STEMI), Epidural Hematoma, dan Hematom Intracerebral. Beberapa penyebab tidak berjalannya clinical pathway pada beberapa instalasi dikarenakan kurangnya re- sosialisasi terkait penerapan clinical pathway.

6. Ketersediaan dan Kesesuaian Rujukan

Rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama atau dari dokter spesialis harus sesuai dengan ketentuan BPJS. Rujukan yang tidak valid atau tidak sesuai bisa memengaruhi kelancaran klaim. Di RS X seringkali terjadi, pasien khususnya yang datang di IGD dan Rawat jalan tidak membawa rujukan dari FKTP, atau di IGD saat ini semakin diperketat untuk diagnosanya, bila tidak masuk kriteria Gawat darurat maka tidak akan diklaim. Masyarakat perlu mendapatkan sosialisasi dan pemahaman tentang kasus apa saja yang bisa ditangani di IGD.

7. Kepatuhan terhadap Kebijakan Penggantian

Klaim diajukan dengan memperhatikan kebijakan penggantian dan prosedur yang berlaku, termasuk batas waktu pengajuan dan dokumen pendukung yang diperlukan. Di RS X Berdasarkan data yang diambil dari data casemix didapatkan rata-rata terdapat pending Rawat inap sekitar rerata Rp 2 Milyar per bulan di Tahun 2023 bila direrata maka sekitar

setahun pending sebesar 24 Milyar dan di Rawat Jalan sekitar Rp 1 Milyar /bulan sehingga dalam setahun Rp 12 Milyar, total pending sekitar 36 Milyar sekitar 25,17% dari seluruh total Pendapatan RS. RSUD X sebagian besar melayani pasien BPJS. Pada tahun 2023 melayani pasien rawat inap BPJS sebanyak 11.824 pasien dengan sebanyak 8.313 klaim reguler sesuai dengan jadwal dengan persentase sebanyak 70,31% dengan klaim susulan sebanyak 2.614 (92,41%). Dengan klaim pending 2.291 (19,38%) dan klaim tidak layak sebanyak 23 klaim (0,19%). Sedangkan pada Klaim Data Rawat Jalan didapatkan total klaim UGD sebanyak 11.497 dan Rawat Jalan Poli sebanyak 47.468 sehingga total adalah 58.965 klaim. Terdapat Pending sebanyak 2.147 Klaim (3,64%) , Turun Koding (Berubah Grup) 74 Klaim (0,13%), Tidak Layak 305 klaim (0,52%) dan Klaim discarded (tidak ada di data E-Claim) sebanyak 71 klaim(0,12%)

8. Verifikasi dan Monitoring Internal

Rumah sakit harus melakukan verifikasi internal dan monitoring klaim sebelum dikirimkan ke BPJS. Ini termasuk pemeriksaan kesesuaian data, validitas diagnosis, dan prosedur. Di RS X telah dilakukan dengan baik akan tetapi terkendala proses RME yang belum optimal sehingga memakan waktu lama karena masih dilakukan secara manual untuk di Rawat Inap.

9. Komunikasi dengan BPJS

Jalin komunikasi yang baik dengan pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan klarifikasi tentang prosedur klaim, masalah yang mungkin timbul, atau persyaratan terbaru. Di RS X sudah mempunyai komunikasi yang baik sehingga informasi dapat cepat tersampaikan

10. Pelatihan dan Edukasi Staf

Staf rumah sakit yang menangani klaim harus mendapatkan pelatihan yang memadai mengenai sistem INA-CBGs dan perubahan kebijakan terbaru untuk memastikan pemahaman dan kepatuhan yang optimal. Dalam hal ini RS X masih harus terus meningkatkan sosialisasi tentang kepatuhan Clinical Pathway, Kendali Mutu kendali biaya, dan tim Casemix harus dilakukan pelatihan sehingga dapat meningkatkan performa manajemen casemix. Memperhatikan faktor-faktor ini dan memastikan bahwa semua prosedur dan persyaratan dipenuhi dapat membantumeningkatkan kemungkinan keberhasilan klaim INA- CBGs dan meminimalkan risiko penolakan atau pembayaran yang tidak sesuai. Pada bagian ini diulas tentang indentifikasi masalah, prioritas masalah dan akhirnya dianalisa sesuai dengan yang ditemui di lapangan. Analisis input, proses dan output diterapkan guna menganalisis masalah yang ada di RSUD X terutama pada Manajemen Casemix. Konsep 6M yang terdiri dari man, money, material, machine, methods dan environmet digunakan sebagai input untuk mengidentifikasi faktor- faktor kunci yang mempengaruhi kinerja operasi suatu organisasi, dimana disini dimaksud yaitu RSUD X. Berikut adalah elemen yang mempengaruhi kinerja pada management casemix di RSUD X.

V. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian analisis implementasi manajemen casemix di RSUD X pada unit Casemix dapat disimpulkan manajemen Casemix kurang optimal. Hal ini dikarenakan kurang tepatnya pengkodean sehingga menyebabkan klaim turun koding atau pending atau tidak layak, berkas kurang lengkap seperti resume, pemeriksaan penunjang dan sebagainya, kepatuhan Clinical Pathway

di Rawat Inap masih dilakukan dengan manual dan semakin tinggi tingkat human error nya, RSUD sudah melakukan upaya memperbaiki SOP yang belum memuat standar waktu minimal dalam proses pemberkasan klaim, pengkodean sampai dengan pengajuan klaim ke BPJS Kendala dari kurang optimalnya manajemen casemix adalah karena belum optimalnya pemetaan analisis yang perlu dilakukan sosialisasi kembali dan perlu dibuatkan SOP Kepatuhan Clinical Pathway serta peningkatan Rekam Medis Elektronik khususnya di Rawat Inap beban kerja dan pemberdayaan tenaga tim casemix secara merata dan optimal serta belum adanya re-sosialisasi baik pengkodean maupun kepatuhan clinical pathway untuk tim pelayanan medis. Selain itu RME belum optimal khususnya di Rawat Inap belum terintegrasi dan belum memuat interoperabilitas.

Berdasarkan uraian kesimpulan maka dapat disampaikan beberapa saran optimalisasi sebagaiberikut:

1. Optimalisasi tim *casemix* dengan melakukan analisa beban kerja
2. Peningkatan sarana penunjang yaitu RME sangat vital untuk dapat dilaksanakan Peningkatan kompetensi dapat terus dilaksanakan secara berkala khususnya di Rawat Inap
3. Peningkatan kompetensi secara berkala untuk tim casemix dan resosialisasi *clinical pathway*

DAFTAR PUSTAKA

- Junior, D. H. M. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. 3(2), 1-46.

[Http://Journal.Stainkudus.Ac.Id/Index.Php/EquilibRium/Article/View/1268/1127](http://Journal.Stainkudus.Ac.Id/Index.Php/EquilibRium/Article/View/1268/1127)

Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat- Syarat Pengajuan Klaim Di Rsud R.A Kartini Jepara. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(1), 45.

<https://doi.org/10.31983/jrmik.v1i1.3594>

Satrianegara, Mf. 2014. *Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan: Teori Dan Aplikasi Dalam Pelayanan Puskesmas Dan Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika.

Tyas Ardhitya, Agus Perry K, S.Kg, M.

Tyas Ardhitya, Agus Perry K, S.Kg, M.

K. (2015). Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim Bpjs Oleh Verifikator Bpjs Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. *Jurnal Universitas Dian Nuswantoro*, 2(2), 1-10

K. (2015). Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim Bpjs Oleh Verifikator Bpjs Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. *Jurnal Universitas Dian Nuswantoro*, 2(2), 1-10

Santiasih, W. A. Dkk. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan. 7(2), 1381- 1394.

Sulaimana A. Pengembalian Berkas Klaim Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Rsud Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Kota Pontianak [Internet]. 2017;77- Available From:

Correa, G., & Montero, A. V. (2013).

Permenkes No 69 Tahun 2013. 1-10

Hendra Rohman, Aris Wintolo, E. S. (2021). Analysis Pending Claim Payments The Indonesian National Health Insurance System In Vedika System Nur Hidayah Hospital Yogyakarta. *Jurnal Wiyata*, 8, 72-83

[Http://Etd.Repository.Ugm.Ac.Id/Index.Php?Mod=Penelitian_Detail&Sub=PenelitianDetail&Act=View&Typ=Html&Book_Id=130373&Obyek_Id=4](http://Etd.Repository.Ugm.Ac.Id/Index.Php?Mod=Penelitian_Detail&Sub=PenelitianDetail&Act=View&Typ=Html&Book_Id=130373&Obyek_Id=4)

Kemenkes R.I. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Ina Cbgs.

Megawati, L., & Pratiwi, R. D. (2016). Faktor- Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim Bpjs Pasien Rawat Inap Di Rs Pku Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 36.

Junior, D. H. M. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

<https://doi.org/10.22146/jkesvo.27476>

BPJS Kesehatan. (2014). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 1-46.

Noviatri, L. W. (2016). 27473-71233-1-Pb.1(1), 22-26.

10. Sciences, H. (2016). *Persi 2016*. 4(1), 1-23. SK Pb Idi No 315/Pb/A.4/88

Santiasih, W. A. Dkk. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan. 7(2), 1381- 1394.

Irmawati, I., Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan