



PERBANDINGAN BIAYA PELAYANAN RAWAT JALAN POLIKLINIK JANTUNG DENGAN REALISASI KLAIM BPJS

COMPARISON OF CARDIAC POLYCLINIC OUTPATIENT SERVICE COSTS WITH BPJS CLAIM REALIZATION

Intan Kumalasari^{*1}, Yuniar Lestari², Adila Kasni Astiena³

^{1,2,3}Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas
Jl. Perintis Kemerdekaan No.94, Jati, Kec. Padang Timur, Kota Padang

Email: intankumalasari028@gmail

ABSTRAK

Latar Belakang : RSI Ibnu Sina Simpang Empat merupakan salah satu rumah sakit swasta tipe C. Pada instalasi rawat jalan RSI Ibnu Sina Simpang Empat, jumlah kunjungan pasien penyakit jantung selama tahun 2019 adalah 14% dari semua kunjungan di Poliklinik, dimana 97% merupakan pasien BPJS. Penyakit jantung mengeluarkan biaya terbanyak dalam pengobatannya yakni sebesar Rp 667.983.229 pada triwulan pertama awal tahun 2019 dan masih terdapat selisih minus sebesar -Rp 340.246.429 setelah klaim dibayarkan. Kondisi ini dapat menyebabkan kerugian yang dapat berdampak pada pendapatan rumah sakit. Metoda : Jenis penelitian ini merupakan penelitian campuran yang berbentuk Sekuensial eksplanatori. Sampel digunakan secara perfosif pada tiga diagnosis utama pada Poliklinik Jantung selama tahun 2019-2020. Hasil : Selisih biaya negatif yang sangat besar terjadi pada diagnosis Congestive Heart Failure dengan disertai Atherosclerotic heart disease (I.50.0;I25.1) di tahun 2019 yakni -125%, diikuti diagnosis Atherosclerotic heart disease (I25.1) sebesar -17% dan Congestive Heart Failure (I50.0) sebesar -19%. Dengan adanya kebijakan manajemen menyebabkan terjadi keuntungan di tahun 2020 pada diagnosis tersebut secara berturut-turut sebesar 26%, 23%, dan 34 % dimana proses pelayanan yang mengeluarkan biaya terbesar berasal dari pembiayaan obat. Kesimpulan : Kebijakan pelayanan pengajuan klaim BPJS di RSI Ibnu Sina Simpang Empat dapat menekan kerugian yang terjadi di Poliklinik Jantung tahun 2019 menjadi keuntungan di tahun 2020.

Kata kunci : selisih biaya; klaim BPJS; Poliklinik Jantung

ABSTRACT

Background: Ibnu Sina Simpang Empat Hospital is a type C hospital. At the outpatient installation at Ibnu Sina Simpang Empat Hospital, the number of visits for heart disease patients during 2019 was 14% of all visits to the Polyclinic, where 97% were BPJS patients. Heart disease costs the most in its treatment, namely Rp. 667,983,229 in the first quarter of early 2019 and there is still a minus difference of -Rp. 340,246,429 after the claim is paid. This condition can cause losses that can impact the hospital's income. Methods: This type of research is a mixed research in the form of an explanatory sequential design. Samples were perfosively used for three main diagnoses at the Cardiac Polyclinic during 2019-2020. Results: A very large negative cost difference occurred in the diagnosis of Congestive Heart Failure accompanied by Atherosclerotic heart disease (I.50.0;I25.1) in 2019 which was -125%, followed by the diagnosis of Atherosclerotic heart disease (I25.1) of -17% and Congestive Heart Failure (I50.0) of -19%. The existence of a management policy has resulted in a profit in 2020 for this diagnosis in a row of 26%, 23% and 34% where the service process that incurs the largest costs comes from drug financing. Conclusion: The BPJS claim submission service policy at the Ibnu Sina Simpang Empat Hospital can reduce the losses that occurred at the Cardiac Polyclinic in 2019 to become profits in 2020.

Keywords : cost difference; BPJS claims; Cardiac Polyclinic

PENDAHULUAN

Penyakit katastrofik merupakan penyakit yang mengeluarkan biaya besar (*high cost*), berjumlah banyak (*high volume*) dan beresiko tinggi (*high risk*). Pada penelitian yang dilakukan di 10 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan didapatkan penyakit katastrofik yang terdiri dari penyakit jantung 37,11%, penyakit kanker 23,54% dan penyakit stroke 39,35% (Budiarto, 2013). Prevalensi penyakit jantung di Indonesia menyerap sekitar 30% dari seluruh biaya pengobatan oleh rumah sakit.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia menerapkan system Casemix INA-CBGs (Indonesia Case Based Groups) di Rumah Sakit. Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada cirri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *grouper*, cara pembayaran tagihan sesuai dengan system kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM (Permenkes No 27, 2014). BPJS Kesehatan merupakan asuransi sosial yang tidak mencari keuntungan sehingga berfungsi sosial kepada seluruh Warga Negara Indonesia dan merupakan bagian dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Mariyam, 2018). Saat ini sebanyak 80-90% pasien di rumah sakit swasta merupakan pasien JKN (Nurwahyuni, 2020).

Tarif INA-CBGs ini seringkali tidak sesuai dengan biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, sehingga ada perbedaan tariff rumah sakit dengan tarif INA-CBGs. Terdapat perbedaan perhitungan harga rumah sakit dimana tarif rumah sakit lebih besar dari pada tarif INA-CBGs pada pengobatan pasien penyakit jantung, namun selisih tarif tidak boleh dibebankan pada pasien (Kemenkes RI, 2014). Apabila hal ini terjadi terus menerus dapat menyebabkan kerugian pada pihak rumah sakit. Kondisi ini memberikan dorongan untuk melakukan penelitian terkait perbedaan tariff riil pelayanan kesehatan (rumah sakit) dengan tarif paket Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs). Pada penelitian yang dilakukan di

RSU RA. Kartini Jepara pada pasien rawat inap, menunjukan bahwa ada beda rata-rata antara tariff riil dengan tarif paket INA-CBGs (Mulyanto, 2013). Dalam hal ini telah dilakukan beberapa penelitian tentang perbandingan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBGs pada berbagai kasus seperti fraktur (Munawaroh, 2014), diabetes (Fitri, 2015), stroke hemoragi (Hudayani, 2016), ginjal kronis (Azalea, 2016). Belum ada penelitian mengenai perbedaan selisih biaya pengobatan rawat jalan pasien penyakit jantung. Penelitian lain yang sudah ada tentang selisih biaya penyakit jantung koroner pada pasien rawat inap dilaksanakan pada RS UZA, Banda Aceh (Lilissuriani, 2017). Pada kenyataannya sebagian besar rumah sakit masih mengalami selisih negative antara biaya yang dikeluarkan berdasarkan tarif rumah sakit dibandingkan dengan tarif INA-CBGs (Mardiah, 2016).

RSI Ibnu Sina Simpang Empat merupakan salah satu rumah sakit swasta yang terletak di Kabupaten Pasaman Sumatera Barat. Pada instalasi rawat jalan RSI Ibnu Sina Simpang Empat, jumlah kunjungan pasien penyakit jantung selama tahun 2019 adalah 14 % dari semua kunjungan di Poliklinik, dimana 97% merupakan pasien BPJS. Berdasarkan studi pendahuluan dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien BPJS berobat pada poliklinik penyakit dalam, poliklinik jantung, dan poliklinik neuro, dimana yang biaya penggantian klaim pada poliklinik ini lebih kecil dari pada biaya riil yang dikeluarkan. Pada poliklinik jantung ditemukan beberapa diagnose antara lain *Congestive Heart Failure* (CHF), *Atherosclerosis Heart Disease* (ASHD), *Angina Pectoris*, dan *Hipertensi Heart Disease* (HHD). Penyakit jantung merupakan penyakit katastrofik, dimana pengobatan penyakit ini memerlukan biaya pengobatan penyakit ini memerlukan biaya yang relative besar, sementara pembayaran klaim pada pengobatan rawat jalan penyakit jantung menggunakan tarif INA-CBGs yang sama besar dengan penyakit lainnya. Penyakit jantung mengeluarkan biaya terbanyak dalam pengobatannya yakni sebesar Rp 667.983.229 pada triwulan pertama awal tahun 2019 dan masih terdapat selisih

minus sebesar -Rp 340.246.429 setelah klaim dibayarkan. Kondisi ini dapat menyebabkan kerugian yang dapat berdampak pada pendapatan rumah sakit terutama pada rumah sakit swasta dimana sumber pendanaanya tidak berasal dari pemerintah.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana perbandingan total biaya yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Simpang Empat dibandingkan dengan penggantian klaim yang dibayarkan oleh BPJS pada Poliklinik Jantung dan menganalisis biaya pada poliklinik jantung yang dikeluarkan oleh rumah sakit kemudian Melakukan evaluasi terkait pengantian klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dan kebijakan yang diambil terhadap hal tersebut.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini dilaksanakan di RSI Ibnu Sina Simpang Empat Pasaman Barat. Populasi pada penelitian ini adalah pasien yang berkunjung ke Poliklinik Jantung sebanyak 15.882 orang Pasien. Sampel yang digunakan adalah jumlah pasien yang memiliki tiga diagnosis terbanyak, namun tidak semua sampel tersebut memenuhi persyaratan untuk diteliti, sehingga dari 7.825 orang pasien hanya 516 orang pasien yang memenuhi kriteria. Penelitian ini merupakan penelitian campuran (*Mix Method*) secara Sekuensial eksplanatori (*explanatory sequential design*) yaitu penelitian yang menggabungkan dan mengintegrasikan dua pendekatan penelitian (kuantitatif dan kualitatif). Metode penelitian ini kuantitatif dan kualitatif secara berurutan dengan tahap pertama penelitian

kuantitatif sebagai prioritas. Ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian, Kemudian dilakukan penelitian dengan metode kualitatif untuk membantu menjelaskan hasil temuan pada penelitian kuantitatif pada satu penelitian yang bertujuan untuk memperdalam informasi sehingga dapat menjelaskan permasalahan (Hardisman, 2020).

HASIL

Dari hasil penelitian didapatkan data kunjungan pasien selama tahun 2019-2020 dapat terlihat bahwa jumlah pasien ke Poliklinik jantung terjadi peningkatan setiap bulannya. Pasien yang berkunjung ke Poliklinik Jantung cukup besar yakni sebesar 12,81% pada tahun 2019 dan meningkat pada tahun 2020 menjadi 14,67%. Seperti kita semua ketahui pada awal tahun 2020 pandemi Covid-19 memasuki Indonesia yang diumumkan secara resmi pada bulan maret 2020. Kondisi ini secara tidak langsung mempengaruhi jumlah kunjungan ke Poliklinik Jantung yang menurun di bulan April 2020 dibandingkan dengan bulan sebelumnya. Walaupun demikian kondisi pandemik ini tidak terlalu mempengaruhi jumlah pasien secara kumulatif yang berkunjung ke poliklinik jantung. Sehingga dari hasil penelitian ini diketahui bahwa selama tahun 2019 terdapat 8300 pasien, seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1. Data Kunjungan Pasien ke Poliklinik Jantung

No.	Bulan	2019		2020	
		Poliklinik	P. Jantung	Poliklinik	P. Jantung
1	Januari	5932	584	5495	817
2	Februari	5367	528	5135	905
3	Maret	5342	437	4760	763
4	April	5578	700	3094	541
5	Mei	5008	611	2768	429
6	Juni	4345	509	4320	660

7	Juli	6173	826	4718	684
8	Agustus	5690	742	4636	637
9	September	5326	651	4353	591
10	Oktober	5977	998	3599	528
11	November	5298	863	4321	536
12	Desember	4743	851	4471	491
Jumlah		64779	8300	51670	7582

Berdasarkan kode INACBGs terdapat 13 kode INACBGs pada Poliklinik jantung, Sedangkan berdasarkan ICD 10, terdapat 285 diagnosis yang ada di poliklinik jantung.

Pada tahun 2019 diagnosis terbanyak pada poliklinik jantung adalah Z09.8;I50.0;I25.1 yang apabila diterjemahkan dari ICD 10 adalah rujuk balik pasien berulang dengan Congestive Heart Failure dengan disertai Atherosclerotic heart disease sebanyak 2554 kasus (30,77%). Diagnosis terbanyak berikutnya adalah Z09.8;I25.1 yang dapat diartikan sebagai rujuk balik pasien berulang dengan diagnosis Atherosclerotic heart disease sebanyak 1105 kasus (13,31%). Diagnosis selanjutnya adalah Z09.8;I50.0 yang merupakan rujuk balik pasien berulang dengan diagnosis Congestive Heart Failure sebanyak 656 kasus (7,90%). Dalam kode INACBGs ketiga penyakit ini masih tergolong dalam satu golongan yang sama dengan kode Q-5-44-0 yaitu deskripsi Penyakit Kronis Kecil Lain-Lain.

Pada tahun 2020 terdapat 7582 kunjungan dan terjadi perubahan tren pada 3

diagnosis terbesar tersebut, dimana diagnosis rujuk balik Atherosclerotic heart disease (Z09.8;I25.1) meningkat hingga 3x lipat sebesar 3065 (40,44%) dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Sementara itu diagnosis rujuk balik pasien berulang komplikasi Congestive Heart Failure + Atherosclerotic heart disease (Z09.8;I50.0;I25.1) yang merupakan diagnosis terbanyak pada tahun sebelumnya (2019) malah mengalami penurunan menjadi seperlimanya menjadi 445 kunjungan (5,87%).

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang berasal dari hasil dokumentasi rekapan data penangihan casemix BPJS. Hasil perhitungan dengan menggunakan komputer menunjukkan bahwa terdapat selisih negatif biaya pengobatan yang dikeluarkan oleh poliklinik jantung. Hasil perhitungan pada tahun 2019 tersebut diperoleh selisih sebesar -Rp 1.646.613.049 dan pada tahun 2020 masih terdapat selisih sebesar -Rp 1.343.003.890 yang dapat dilihat pada table dibawah ini:

Tabel 2. Perbandingan Biaya Pada Poliklinik Jantung

No.	Bulan	2019				2020			
		Biaya RS		Selisih Biaya		Biaya RS		Selisih Biaya	
1	Januari	Rp	281.773.258	-Rp	158.139.758	Rp	187.101.608	-Rp	13.411.808
2	Februari	Rp	225.629.905	-Rp	113.063.605	Rp	232.484.468	-Rp	32.462.568
3	Maret	Rp	160.580.066	-Rp	69.043.066	Rp	233.263.361	-Rp	66.327.561
4	April	Rp	380.201.294	-Rp	230.263.294	Rp	161.976.523	-Rp	54.984.523
5	Mei	Rp	317.893.746	-Rp	193.032.246	Rp	214.393.322	-Rp	129.895.022
6	Juni	Rp	273.390.144	-Rp	162.549.844	Rp	379.007.318	-Rp	229.116.718
7	Juli	Rp	389.229.402	-Rp	210.542.402	Rp	316.303.436	-Rp	161.769.036
8	Agustus	Rp	253.759.886	-Rp	100.033.086	Rp	306.931.338	-Rp	162.704.838
9	September	Rp	213.986.661	-Rp	77.131.861	Rp	257.157.012	-Rp	129.510.412

10	Oktober	Rp	340.000.509	-Rp	131.760.609	Rp	227.488.826	-Rp	114.077.026
11	November	Rp	303.534.666	-Rp	125.699.566	Rp	245.257.735	-Rp	131.791.935
12	Desember	Rp	254.396.612	-Rp	75.353.712	Rp	223.739.043	-Rp	116.952.443
Jumlah		Rp	3.394.376.149	-Rp	1.646.613.049	Rp	2.985.103.990	-Rp	1.343.003.890

Biaya tetap tidak akan dipengaruhi oleh jumlah pasien yang berobat ke Poliklinik Jantung, dengan kata lain ada atau tidak ada kunjungan pasien biaya tersebut tetap akan ada. Sedangkan biaya variabel adalah biaya yang dikeluarkan tiap kunjungan pasien, dimana biaya ini akan berbeda apabila jumlah pasien yang berkunjung juga berbeda.

Pembiayaan obat pasien BPJS terdiri dari obat paket INACBGs dan paket obat kronis. Paket obat INCBGS merupakan paket obat yang diberikan menyertai kunjungan pasien ke Poliklinik, dimana paket ini paling banyak dapat diberikan untuk tujuh (7) hari saja. Namun pada perekapan data oleh bagian casemix pembiayaan obat kronis ini masih digabungkan dengan paket INACBGs yang menyebabkan selisih biaya yang sangat besar yakni -Rp1.171.906.486 pada tahun 2019 dan -Rp967.517.298 di tahun 2020. Pada dasarnya paket obat untuk pasien kronis diberikan untuk satu bulan. Sementara itu, seperti yang telah diuraikan sebelumnya paket INACBGs hanya

menanggung pemberian obat untuk 7 hari, sisa obat bulannya (biasanya 23 hari) diinputkan terpisah dengan aplikasi prolanis. Pada aplikasi prolanis ini pembiayaan diinputkan berdasarkan obat kronis yang diresepkan sesuai dengan aturan formularium nasional. Akan tetapi tidak semua obat yang diresepkan oleh DPJP untuk diberikan dalam sisa 23 hari tersebut ada dalam aplikasi tersebut. Sehingga sisa obat kronis (peruntukan untuk 23 hari) terpaksa dimasukan dalam pembiayaan obat INACBGs.

Oleh sebab itu, sampel yang diambil adalah sampel yang memenuhi kriteria untuk melakukan perhitungan analisis biaya, yaitu pasien yang hanya menerima paket INACBGs dan memiliki rincian biaya utilitas pelayanan. Sampel yang digunakan tersebut diambil secara perposif dalam kata lain sampel yang digunakan adalah semua kunjungan pasien yang memiliki rincian biaya utilitas pelayanan. Rincian biaya dari poliklinik jantung pada tahun 2019 dan 2020 dapat dilihat pada table dibawah ini:

Tabel 3. Rincian Biaya Pada Poliklinik Jantung

Diagnosis	Pasien	Prosedur Non Bedah	Konsultasi	Keperawatan	Penunjang	Radiologi	Laboratorium	Obat	Obat Kronis
D1 2019	2554	Rp	Rp 22.005.000	Rp 50.000	Rp 2.650.000	Rp 1.170.000	Rp 9.322.000	Rp 82.384.477	Rp 105.322.597
D2 2019	1105	Rp	Rp 14.355.000	Rp 100.000	Rp 1.450.000	Rp 130.000	Rp 5.309.000	Rp 42.011.968	Rp 64.072.693
D3 2019	656	Rp	Rp 8.700.500	Rp -	Rp 545.000	Rp 390.000	Rp 4.115.500	Rp 29.395.486	Rp 29.506.041
Jumlah	4315	Rp	Rp 45.060.500	Rp 150.000	Rp 4.645.000	Rp 1.690.000	Rp 18.746.500	Rp 153.791.931	Rp 198.901.331
D1 2020	445	Rp	Rp 3.261.400	Rp -	Rp 1.350.000	Rp 650.000	Rp 4.546.000	Rp 25.337.862	Rp 55.742.297
D2 2020	3065	Rp	Rp 18.344.400	Rp 40.000	Rp 2.350.000	Rp 715.000	Rp 30.846.000	Rp 168.699.279	Rp 479.934.703
D3 2020	1134	Rp	Rp 6.951.900	Rp 26.510.000	Rp 141.800	Rp 475.000	Rp 715.000	Rp 6.032.000	Rp 36.093.768
Jumlah	4644	Rp	Rp 28.557.700	Rp 143.115.000	Rp 181.800	Rp 4.175.000	Rp 2.080.000	Rp 41.424.000	Rp 230.130.909

Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa pembiayaan obat (farmasi) merupakan utilitas terbanyak dari utilitas lainnya. Namun seharusnya pengeluaran obat tersebut jauh lebih banyak daripada data rekapan rumah sakit. Hal ini terjadi karena tidak semua kasus kunjungan

ditulis pengeluarannya terperinci berdasarkan utilitas. Sehingga analisa biaya yang telah digunakan selama tahun 2019 dan 2020 dari jumlah pasien diatas tidak semuanya dapat dilakukan. Analisa biaya hanya bisa dilakukan pada data pasien yang lengkap rincian

biayanya.

Pengeluaran biaya terbesar berasal dari pembiayaan penunjang berupa pembiayaan obat sebesar Rp 352.693.262 pada tahun 2019 dan Rp 860.257.920. Biaya obat ini terdiri atas obat paket INACBGs sebesar Rp. 153.791.931 tahun 2019 dan 230.130.909 tahun 2020 serta biaya obat kronis sebesar Rp. 198.901.331 tahun 2019 dan Rp. 630.127.011 tahun 2020.

Proses pelayanan pada kunjungan di poliklinik jantung dimulai dari administrasi pasien, konsultasi pasien, Tindakan (prosedur non bedah), Tindakan keperawatan, pemakaian alat (penunjang), radiologi, laboratorium dan obat maksimal untuk tujuh hari. Distribusi utilisasi dari pasien yang datanya memenuhi kriteria adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Data Distribusi Utilisasi Biaya Berdasarkan Proses Pelayanan

No.	Proses Pelayanan	Tahun 2019						Tahun 2020					
		D1	%D1	D2	%D2	D3	%D3	D1	%D1	D2	%D2	D3	%D3
1	Administrasi	128	100%	81	100%	70	100%	68	100%	107	100%	62	100%
2	Prosedur_Non_Bedah	0	0%	0	0%	0	0%	3	4%	2	2%	3	5%
3	Konsultasi	128	100%	81	100%	70	100%	68	100%	107	100%	62	100%
4	Keperawatan	1	1%	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
5	Penunjang	1	1%	16	20%	5	7%	8	12%	6	6%	1	2%
6	Radiologi	1	1%	1	1%	4	6%	5	7%	4	4%	4	6%
7	Laboratorium	1	1%	9	11%	13	19%	3	4%	13	12%	8	13%
8	Obat	128	100%	81	100%	70	100%	68	100%	107	100%	62	100%

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa setiap kunjungan ke Poliklinik jantung akan mengikuti proses administrasi dan konsultasi, dalam proses pengobatan di poliklinik jantung juga selalu menggunakan obat dalam penalakannya. Berikut ini akan dijabarkan Selisih biaya pada tiga diagnosis utama yang mendapatkan pelayanan pada Poliklinik Jantung pada tahun 2019 dan 2020.

Pada diagnosis rujuk balik pasien berulang dengan *Congestive Heart Failure* dengan disertai *Atherosclerotic heart disease* (D1) di tahun 2019 terdapat 128 kunjungan pasien yang terdiri dari 70 pasien laki-laki dan 58 pasien perempuan dan terdistribusi dari umur 34 hingga 87 tahun. Diagnosis ini sebagian besar dialami pada rentang usia 51-70 tahun. Walaupun demikian diagnosis ini sudah dapat terdeteksi pada usia 30an.

Pada diagnosis kedua yaitu rujuk balik pasien berulang dengan diagnosis *Atherosclerotic heart disease* (D2) di tahun 2019 terdapat 81 kunjungan pasien yang terdiri dari 35 pasien laki-laki dan 46 pasien

perempuan dan terdistribusi dari umur 38 hingga 76 tahun. Diagnosis penyakit ini banyak terjadi pada rentang usia 41 s/d 50 mulai terjadi peningkatan kasus. Penyakit dengan diagnosis ini banyak dialami pada rentang usia 51-70 tahun. Walaupun demikian diagnosis ini sudah dapat terdeteksi pada usia 30an.

Diagnosis ketiga merupakan rujuk balik pasien berulang dengan diagnosis *Congestive Heart Failure* (D3) di tahun 2019 terdapat 70 kunjungan pasien yang terdiri dari 16 pasien laki-laki dan 54 pasien perempuan dan terdistribusi dari umur 22 hingga 86 tahun. Diagnosis ini Sebagian besar dialami oleh perempuan bahkan jumlah pasien perempuan sebanyak $\frac{3}{4}$ dari seluruh pengunjung, dan juga diagnosis ini banyak terjadi pada rentang usia 61-70 tahun. Walaupun demikian diagnosis ini sudah dapat terdeteksi pada usia 20an dan hampir terdistribusi merata pada rentang usia lainnya.

Selanjutnya diagnosis rujuk balik pasien berulang dengan *Congestive Heart Failure* dengan disertai *Atherosclerotic heart disease* (D1) di tahun 2020 terdapat 68 kunjungan pasien yang terdiri dari 35 pasien laki-laki dan 46 pasien perempuan dan terdistribusi dari umur 35 hingga 81 tahun. Dari gambar 10 dapat terlihat bahwa diagnosis ini lebih dari separuh dialami oleh perempuan, yakni sebesar 62%, sedangkan pasien laki-laki hanya 38%. Diagnosis ini banyak terjadi pada rentang usia 61-70 tahun. Walaupun demikian diagnosis ini sudah terdapat pada usia 30an dan terus mengalami peningkatan untuk rentang usia selanjutnya hingga usia 70 tahun, Pada usia 71 keatas jumlah pasien berkurang drastis. Pada tahun 2020 terjadi pandemic Covid-19 yang menyebabkan pasien dengan penyakit jantung memiliki resiko kematian yang tinggi sehingga ada kemungkinan bahwa pasien sudah tidak ada pada rentang usia 70 keatas.

Selanjutnya diagnosis rujuk balik pasien berulang dengan diagnosis *Atherosclerotic heart disease* (D2) di tahun 2020 terdapat 107 kunjungan pasien yang terdiri dari 63 pasien laki-laki dan 44 pasien perempuan dan terdistribusi dari umur 20 hingga 84 tahun. Diagnosis ini lebih dari separuh dialami oleh perempuan, yakni sebesar 59%, sedangkan pasien laki-laki 41%, dapat terlihat bahwa

setengah pasien dengan diagnosis tersebut mempunyai rentang usia 51-60 tahun. Salah satu pasien yang terdiagnosa penyakit ini bahkan berusia 20 tahun. Pada umumnya diagnosis ini terdeteksi pada usia 30an dan terus mengalami peningkatan untuk rentang usia selanjutnya. Pada tahun 2020 terjadi lonjakan kunjungan dibandingkan tahun sebelumnya hingga 3x lipat. Hal ini bisa saja disebabkan oleh kunjungan pasien yang biasanya ke Faskes tingkat 3, namun dalam kondisi covid-19 dialihkan ke Faskes tingkat 2. Kemudian diagnosis rujuk balik pasien berulang dengan diagnosis *Congestive Heart Failure* (D3) di tahun 2020 terdapat 62 kunjungan pasien yang terdiri dari 26 pasien laki-laki dan 36 pasien perempuan dan terdistribusi dari umur 17 hingga 84 tahun. Diagnosis ini lebih dari separuh dialami oleh perempuan, yakni sebesar 58%, sedangkan pasien laki-laki 42%. Diagnosis ini dapat terlihat bahwa rentang usia 51-60 tahun merupakan pasien dengan kunjungan terbanyak. Salah satu pasien yang terdiagnosa penyakit ini bahkan berusia 17 tahun dan sudah rutin menjalani pengobatan di Poliklinik jantung perbulannya. Pada umumnya diagnosis ini terdeteksi pada usia 30an dan terus mengalami peningkatan untuk rentang usia selanjutnya.

Tabel 5. Keuntungan dan Kerugian Biaya Dari Selisih Biaya

No.	Kode Diagnosis	Rerata Biaya RS	Rerata Selisih Biaya dengan Klaim	Rerata % Kerugian
1	D1 2019	Rp 431.577	-Rp 240.978	-125%
2	D2 2019	Rp 322.313	-Rp 130.213	-17%
3	D3 2019	Rp 369.952	-Rp 177.852	-19%
4	D1 2020	Rp 176.546	Rp 17.638	26%
5	D2 2020	Rp 197.247	-Rp 3.823	23%
6	D3 2020	Rp 179.188	Rp 19.768	34%

Dari table diatas dapat terlihat kerugian rumah sakit pada diagnosis Congestive Heart Failure dengan disertai Atherosclerotic heart disease tahun 2019 (D1) mencapai 125%. Dalam kata lain apabila dirata-ratakan selisih biaya dari setiap kunjungan merupakan 2 kali biaya paket INACBGs, Sehingga rumah sakit mengalami kerugian besar pada pengantian klaim didiagnosis ini di tahun 2019. Namun berbeda dengan tahun 2020, rumah sakit mengalami keuntungan sebesar 26%. Hal ini kemungkinan terjadi karena penurunan kunjungan yang drastis dari diagnosis ini. sehingga persentase kerugian yang dialami rumah sakit tidak ada, Sebagian besar biaya rumah sakit pada diagnosis ini di tahun 2020 ini sudah lebih kecil daripada paket INACBGs-nya. Namun ada beberapa pasien yang biaya rumah sakitnya jauh lebih besar dari paket INACBGs yang sangat besar pada diagnosis dan salah satunya bahkan sampai 3x lipat dari rerata, dimana pada kasus kunjungan tersebut biaya terbesar berasal dari biaya obat. Oleh sebab itu perlu dilakukan penelusuran penyebab pembengkakan biaya obat pada kunjungan pasien tersebut.

Dari table diatas dapat terlihat kerugian rumah sakit pada diagnosis *Atherosclerotic heart disease* (D2) tahun 2019 sebesar 17%. Pada diagnosis ini rumah sakit tetap mengalami kerugian dan jumlah dalam persentase tidak terlalu besar, sehingga bisa saja dilakukan subsidi silang klaim dengan klaim kasus lainnya. Pada Tahun 2020 kerugian rumah sakit pada diagnosis *Atherosclerotic heart disease* (D2) sebesar -Rp 3.832. Namun apabila ditambahkan secara kumulatif dan scientific malah terlihat persentase kerugian menjadi keuntungan sebesar 23%. Kondisi ini ini mengalami kenaikan keuntungan dibandingkan tahun sebelumnya. Hal ini kemungkinan terjadi karena kenaikan kunjungan yang drastic dari diagnosis ini. Pada tahun 2020 ini biaya rumah sakit pada (D2) ini Sebagian besar sudah lebih kecil daripada paket INACBGs-nya. Namun masih ada beberapa pasien yang biaya rumah sakitnya jauh lebih besar dari paket INACBGs yang sangat besar pada diagnosis bahkan mencapai sampai 3x lipat dari rerata, dimana pada kasus kunjungan tersebut biaya

terbesar berasal dari biaya obat. Oleh sebab itu perlu dilakukan penelusuran penyebab pembengkakan biaya obat pada kunjungan pasien tersebut yang biaya rumah sakit lebih dari 2x lipat paket INACBGs.

Dari table diatas juga dapat terlihat kerugian rumah sakit pada diagnosis *Congestive Heart Failure* (D3) di tahun 2019 sebesar 19%. Pada diagnosis ini rumah sakit tetap mengalami kerugian dan jumlah dalam persentase tidak terlalu besar, sehingga bisa saja dilakukan subsidi silang klaim dengan klaim kasus lainnya. Namun hal ini tidak berlaku lagi untuk tahun 2020 dimana rumah sakit malah mendapat keuntungan sebesar 34%. Persentase keuntungan bisa menjadi subsidi silang bagi diagnosis sebelumnya yang mengalami kerugian. Walaupun masih ada terdapat kerugian, kerugian tersebut hanya terjadi pada beberapa kunjungan dan jumlahnya pun tidak sebesar paket INACBGs.

PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian kuantitatif yang telah dilakukan perlu dicari penyebabnya dengan melakukan wawancara. Wawancara dilakukan terhadap staf petugas verifikasi data, *Costing*, dan *Coder*. Pada RSI Ibnu Sina Simpang Empat, petugas Unit Casemix yang melayani BPJS dilakukan oleh petugas yang diberi nama *Coder*. Petugas *Coder* adalah petugas yang telah menempuh Pendidikan D3 rekam medis dan berjumlah 2 (dua) orang saat wawancara dilakukan, Petugas ini bertugas untuk menginputkan data yang sesuai dengan berkas dokumen yang dikumpulkan dari bagian admisi poliklinik. Berkas yang telah diinputkan oleh *Coder* ini akan diverifikasi oleh verifikator. Verifikator haruslah memiliki kualifikasi medis dan sudah mendapatkan gelar minimal dokter (dr.). Semua berkas dokumen yang akan diajukan klaimnya, terlebih dahulu akan dicek dan diverifikasi oleh verifikator berdasarkan pengelompokan diagnosis yang sebelumnya telah dibuat oleh *Coder*.

Di RSI Ibnu Sina Simpang Empat, staf akuntansi-keuangan dan penangih (kolektor) dilakukan oleh orang yang sama dan dikenal

dengan istilah *Costing*. Petugas *Costing* merupakan petugas keuangan bagian akuntansi yang ditempatkan pada Unit Casemix. Petugas ini sudah menamatkan Pendidikan D3 akuntansi. Petugas *costing* ini bertugas mulai dari merekap data dan kemudian menginputkan data biaya yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit Kedalam dalam sebuah aplikasi E-Klaim yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Rekap data penanganan klaim BPJS dikerjakan oleh tim casemix yang terdiri dari petugas perekapan rawat jalan dan petugas rekap rawat inap. Rekap ini dijadwalkan dilakukan pada awal bulan setiap bulannya dalam bentuk microsoft excel. Pada rekap tersebut terdapat total biaya yang dikeluarkan oleh pasien peraktivitas tindakan yang dilakukan dan juga rincian aktivitasnya seperti prosedur medis bedah, prosedur medis non bedah, konsultasi dokter, rujuk tenaga ahli lain, tindakan keperawatan, biaya akomodasi kamar (administrasi), laboratorium, radiologi, penunjang lain, obat (satu minggu), dan obat kronis (satu bulan). Pada pengobatan penyakit jantung di poliklinik tidak semua aktivitas tersebut dilaksanakan. Kegiatan yang tidak dilaksanakan antara lain prosedur medis bedah dan non bedah, rujuk tenaga ahli lain, pelayanan darah, rehabilitasi, rawat inap, pemakaian alkes dan BMHP, penyewaan alat, dan obat kemoterapi.

Proses penyimpanan data di RSI Ibnu Sina Simpang Empat sudah menggunakan SIMRS. SIMRS ini sudah terhubung antara alur kegiatan yang dilakukan oleh pasien beserta biaya yang dibebankan pasien yang berujung pada pencetakan bill Pengobatan Pasien. Pada bill pasien ini sudah tercantum nama pasien, no RM, biaya aktivitas pasien secara rinci, biaya rincian obat dan laboratorium, dan total biaya. Namun dalam rangka *update* SIMRS dengan nomor antrian pasien, data bill pasien tersebut tidak tersimpan dalam satu kelompok data, dalam kata lain semua data terletak dalam database yang sama, sehingga untuk memunculkan kembali rincian tersebut harus dipanggil satu-persatu berdasarkan nomor transaksi. Pasien Poliklinik Jantung dalam tahun 2019 ada 8300 pasien dan 7582 di tahun

2020. Proses dalam melakukan pemanggilan data rincian tersebut harus menggunakan komputer yang terhubung dengan jaringan rumah sakit dan ID karyawan yang berwenang.

Klaim BPJS akan dibayarkan dalam waktu 14 hari setelah klaim diajukan. Namun tidak semua klaim ini akan dibayarkan sesuai rencana dan tepat waktu seperti kata salah satu informan

“..... pengajuan klaim selama 2 minggu dan diverifikasi dulu oleh verifikator BPJS untuk pembayaran klaim dilakukan selama 2 minggu setelah hasil verifikasi dikirimkan dan yang dibayarkan hanya yang sesuai. Yang tidak sesuai akan menjadi pending,.....”

Pernyataan informan ini diperkuat oleh informan lainnya

“.....Pembayaran klaim aturannya 14 hari jika tidak ada masalah, namun seringnya agak telat. Klaim yang sesuai akan dibayarkan semua,.....”

Dari informasi ini dapat diketahui bahwa tidak semua berkas akan dibayarkan klaimnya segera, hal ini membuat rumah sakit harus memiliki dana ataupun rencana cadangan untuk mengatasi masalah tersebut. Untungnya hal ini tidak berlangsung lama karena

“.....Berkas tersebut masih dapat dinaikan kembali yang kadaluarsanya 6 bulan.....”

Hal ini juga diperkuat oleh informan lainnya

“.....jika pending harus diselesaikan dalam batas waktu 6 bulan.....”

Berkas tersebut akan direkap setiap awal bulan dan diajukan sebelum tanggal 10 setiap bulannya. Dengan kata lain berkas-berkas tersebut harus dilengkapi dan dapat diajukan Kembali pada bulan berikutnya dan kondisi ini hanya dapat berlangsung hingga 6 bulan. Setelah 6 bulan, klaim tidak dapat diajukan lagi seperti pernyataan informan

“.....dan jika tetap tidak terpenuhi atau layak akan hangus, namun tidak banyak.....”,

yang didukung juga oleh informan lainnya

“.....kalau tidak ketemu akan menjadi hangus.....”

Kondisi demikian membutuhkan solusi dari

rumah sakit, karena waktu yang Panjang mulai dari penelitian ini dilakukan yakni survey awal penelitian hingga pengambilan data sudah ada beberapa kebijakan yang diambil oleh rumah sakit diantaranya

“..... Untuk mengatasi ketidaklayakan berkas sudah ada alur dan SOP tentang proses pelayanan.....”

imbuh salah satu informan. Dari hasil tersebut juga dapat diperoleh gambaran proses alur pengajuan klaim BPJS. Kelengkapan berkas yang diperlukan dalam pengajuan klaim ke BPJS antara lain berupa SEP, surat rujukan/surat kontrol, SBPK, dan kuitansi pasien.

Dengan adanya alur dan SOP proses pelayanan diharapkan berkas yang akan diproses oleh bagian casemix sudah lengkap sehingga bisa segera diajukan klaimnya dibayarkan sesuai waktu yang direncanakan. Walaupun sudah ada alur dan SOP tersebut tetap masih ada kekurangan seperti

“.....adanya tulisan petugas yang tidak dapat terbaca, berkas pasien yang tertukar, Tindakan yang jelas harusnya.....”

begitu komentar salah seorang informan. Untuk selanjutnya petugas pengajuan klaim mengharapakan kerjasama tim yang solid antar unit tidak hanya dalam satu unit saja.

Kasus terbanyak pada Poliklinik Jantung sesuai kode INACBGs adalah Q-5-44-0 yang artinya penyakit kronis dan lain-lain. Dari kode INACBGs tersebut dapat ketahui jenis penyakit yang diderita oleh pasien yang berkunjung ke poliklinik jantung. Digit pertama merupakan CMG (Casemix Main Groups) yang merupakan klasifikasi pertama dalam pengkodean INACBGs yang dilabelkan dengan huruf alphabet A-Z. Pemberian kode digit pertama ini berhubungan dengan sistem organ tubuh sesuai dengan ICD 10 pada setiap sistem organ. Pada kasus yang ditemui dilabelkan dengan huruf “Q” sehingga dinyatakan termasuk grup penyakit *Ambulatory Groups-Episodic*. Penyakit ini merupakan penyakit kambuhan yang terjadi secara berulang sehingga pengobatan untuk pasien dalam grup ini diharuskan untuk control rutin secara berkala. Digit kedua menunjukkan tipe kasus yang

dihadapi yang dimana sub-grup ini terdiri dari 10 bagian dan dinyatakan dengan angka 0-9. Pada kasus ini Sub-grup “5” merupakan grup rawat jalan bukan prosedur, yang dapat diartikan juga kasus yang dialami pada rawat jalan dan tidak disertai dengan Tindakan prosedur medis. Digit ketiga merupakan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai 01-99. Digit keempat merupakan *severity level* yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Untuk kasus yang ditemui dinyatakan dengan angka “0” yang bearti kasus yang terjadi pada rawat jalan (Kemenkes, 2014). Satu kunjungan dapat dinamakan dengan satu episode, yaitu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang lainnya sesuai indikasi medis, dan pemberian obat pada hari yang sama. episode dinyatakan dalam satu coding.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Simpang Empat menggunakan data tahun 2019 didapatkan hasil 3 diagnosis terbanyak berdasarkan ICD 10 adalah *Congestive Heart Failure* dengan disertai *Atherosclerotic heart disease* (I50.0;I25.1) yang diikuti dengan *Atherosclerotic heart disease* (I25.1) dan selanjutnya *Congestive Heart Failure* (I50.0). Urutan diagnosis pada data diagnosis terbanyak di tahun 2020 mengalami sedikit pergeseran dimana diagnosis *Congestive Heart Failure* dengan disertai *Atherosclerotic heart disease* (I50.0;I25.1) menjadi urutan kedua terbanyak, sedangkan jumlah pertama terbanyaknya adalah *Atherosclerotic heart disease* (I25.1). Perubahan ini terjadi pada masa pandemi covid-19 dimana sebagian besar pasien yang biasanya kontrol bulanan ke Faskes rujukan tingkat 3 dikembalikan ke Faskes rujukan tingkat 2. RSI Ibnu Sina Simpang Empat merupakan faskes rujukan tingkat 2. Selain itu pada masa ini ada kewatiran masyarakat untuk pergi ke rumah sakit, sehingga banyak dari pasien yang memilih program rujuk balik dan mengambil obat bulannya pada Faskes tingkat pertama di daerahnya masing-masing.

Dianosis serupa juga ditemui pada rumah sakit lainnya seperti halnya pada RSUD Al-Ihsan di Provinsi Jawa Barat, RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya, RSUD Panembahan Senopati Bantul. Tidak hanya Rumah Sakit di luar pulau Sumatera yang memiliki diagnosis ini sebagai diagnosis terbanyak, di pulau sumatera sendiri khususnya pada provinsi Sumatera Barat sendiri selain dari RSI Ibnu Sina Simpang Empat diagnosis ini juga termasuk dari 10 diagnosis terbanyak yang ditemui oleh RSUD M. Natsir solok.

Namun sedikit berbeda dengan diagnosis terbanyak pada RSUD Provinsi DKI Jakarta RSUD Provinsi NTB dimana diagnosis *Congestive Heart Failure* (I50.0) tidak masuk dalam urutan diagnosis terbanyak. Perbedaan ini juga terjadi pada RSUP Dr. M. Djamil dimana *Congestive Heart Failure* (I50.0) tidak masuk dalam urutan diagnosis terbanyak, melainkan *Atherosclerotic heart disease* (I25.1) yang menempati urutan kedua dan diikuti dengan diagnosis *Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure* (I11.9). Perbedaan ini terjadi karena perbedaan tingkat rujukan dari rumah sakit tersebut. Dimana sudah diketahui RSI Ibnu Sina Simpang Empat merupakan rumah sakit rujukan tingkat kedua, begitu juga dengan RSUD Dr. M. Natsir. RSUP Dr. M. Djamil adalah rumah sakit rujukan tingkat ketiga dan menerima pasien rujukan dari tingkat kedua. Pembahasan harus mengeksplorasi pentingnya hasil pekerjaan.

RSI Ibnu Sina Simpang Empat merupakan bagian dari YARSI SUMBAR yang berpusat di Kota Padang dan sudah memiliki berbagai fasilitas Kesehatan berupa rumah sakit yang tersebar di Provinsi Sumatera Barat, salah satunya di Kabupaten Pasaman Barat. Dokter spesialis yang bertugas pada RSI Ibnu Sina sudah merupakan dokter tetap. Karena RSI Ibnu Sina yang dikelola oleh satu Yayasan yaitu YARSI SUMBAR, maka untuk Dokter spesialis khusus, contohnya seperti dokter spesialis jantung dan pembuluh darah merupakan dokter tetap YARSI sumbar yang bertugas di RSI Ibnu Sina Kota Padang, namun dokter tersbut juga dapat praktik pada RSI Ibnu Sina lainnya termasuk salah satunya di RSI

Ibnu Sina Simpang Empat.

Dari data penelitian selisih biaya pelayanan Poliklinik Jantung yang dilakukan di RSI Ibnu Sina Simpang Empat pada tahun 2019 dan 2020 terjadi selisih biaya antara klaim INACBGs BPJS dan biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit. Selisih biaya negatif yang sangat besar terjadi pada tahun 2019. Pada diagnosis *Congestive Heart Failure* dengan disertai *Atherosclerotic heart disease* (I50.0;I25.1) di tahun 2019 persentase kerugian sangat besar hingga mencapai 125%. Dua diagnosis lainnya yakni *Atherosclerotic heart disease* (I25.1) dan *Congestive Heart Failure* (I50.0) memberikan kerugian sebesar 17% dan 19% secara berturut-turut.. Kerugian yang besar di tahun 2019 ini tentunya akan mempengaruhi pendapatan rumah sakit. Oleh karena itu perlu dilakukan penelusuran penyebab kerugian tersebut. Salah satu hal yang mungkin harus dikurangi pemakaiannya adalah pembiayaan yang tidak diperlukan namun dipergunakan dalam proses pelayanan baik secara langsung ataupun tidak langsung. Kerugian ini tentu saja berpengaruh dalam pendapat rumah sakit yang mengharuskan manajemen rumah sakit segera melakukan evaluasi terkait kejadian ini dan membentuk beberapa kebijakan yang diperlukan seperti menebitkan SOP mengenai prosedur pelayanan rawat jalan dan alur pengajuan klaim BPJS. Tahun 2020 terlihat hasil kebijakan manajemen ini yang mengubah kerugian akibat klaim tersebut menjadi keuntungan menjadi keuntungan yaitu pada diagnosis *Congestive Heart Failure + Atherosclerotic heart disease* (I50.0;I25.1), *Atherosclerotic heart disease* (I25.1), dan *Congestive Heart Failure* (I50.0) secara berturut-turut sebesar 26%, 23%, dan 34 %. Melihat perbandingan kerugian di tahun 2019 dan keuntungan di tahun 2020, dapat terlihat Kesigapan manajemen dalam mengatasi masalah yang terjadi di Poliklinik Jantung. Pada penelitian lain diperoleh hasil yang berbeda dimana biaya pelayanan rawat jalan sakit sebagian besar sudah lebih rendah dari tarif INACBGs. Namun apabila dihitung biaya pemeriksaan dan lain-lain, *unit cost* tersebut masih tampak lebih besar dari tarif INACBGs.

Penelitian tersebut dilakukan oleh Lestari Handayani terhadap tarif rawat jalan dan rawat inap pada 84 rumah sakit yang tersebar di 80 Kabupaten/Kota di Indonesia (Handayani, 2018).

BPJS merupakan Program Jaminan Kesehatan yang dikelola oleh pemerintah. Pada saat ini bisa dikatakan hampir semua Rumah Sakit sudah berkerjasama dengan program tersebut. Namun pada pelaksanaannya terdapat selisih biaya signifikan secara statistik antara biaya riil dan tarif INACBG's pengobatan penyakit jantung coroner rawat inap (p-value 0,017) dan rata-rata biaya riil tersebut yang dikeluarkan dengan pengantian klaim (Lilissuriani, 2017). Pada penelitian ini terdapat selisih total biaya obat yang termasuk besar, namun karena kondisi dan keterbatasan sistem tidak bisa dilihat komponen obat manakah yang pengeluarannya paling besar. Hal ini juga ada dijelaskan pada penelitian lain bahwa terdapat selisih biaya dengan variable cost terbesar merupakan obat (Mardiyah, 2016).

Perbedaan tarif juga terjadi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Pasar Rebo Jakarta, dimana terdapat selisih tarif negatif pada Instalasi rawat jalan termasuk pada poliklinik jantung. Pada penelitian yang dilakukan oleh Leny Ramadhan di rumah sakit tersebut diagnosis di Poliklinik Jantung yang memberikan selisih negatif tersebut adalah *Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure* dengan sampel 100 orang pasien mendapatkan selisih negatif sebesar 66,444% . Diagnosis *Atheroscleerotic Heart Disease* dengan sampel 100 orang pasien, biaya pengobatan sebanyak 73 pasien dari sampel tersebut biaya rumah sakitnya lebih besar dari klaim INACBGs. Komponen tagihan rumah sakit terbesar berasal dari obat (72,37%), penunjang (21,53%), dan Tindakan (4,75%) (Ramadhan, 2021). Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Sumiati di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, aktifitas penunjang menunjukan *unit cost* yang lebih rendah dari tarif rumah sakit yang diberikan. Kondisi demikian mengakibatkan tidak ada pengaruh dalam memberikan selisih negatif biaya klaim BPJS (Sumiati, 2020).

Dari sampel data distribusi utilitas dapat terlihat bahwa persentase pembiayaan Sebagian besar berasal dari pembiayaan obat. Sampel data yang digunakan hanya terbatas pada data yang memiliki rincian utilitas karena Sebagian besar data tersebut tidak tercatat rincian utilitasnya. Oleh karena itu tidak tercatat dalam pengeluaran biaya obat sehingga disinyalir bahwa kerugian akibat biaya obat ini lebih besar dari yang ditemukan.

Pedoman Praktek Klinis (PPK) setiap diagnosis utama pada rumah sakit sudah ada dokumennya sesuai dengan persyaratan dari komisi akreditasi rumah sakit. Bagi rumah sakit yang akan mendapatkan akreditasi ini tentunya akan menyiapkan dokumen tersebut, tidak terkecuali RSI Ibnu Sina Simpang Empat. Dokumen PPK ini berisikan clinical pathway dari diagnosis utama di rumah sakit. Namun dalam realisasinya pelaksanaan pelayanan di Poliklinik termasuk Poliklinik Jantung tidak mengikuti dokumen PPK ini. Sehingga dokumen ini hanya menjadi persyaratan bahwa dokumen tersebut ada sesuai untuk kepentingan akreditasi. Dalam pelaksanaannya dokter melakukan pelayanan sesuai dengan pengalaman dan keilmuannya namun tidak mengikuti aturan dalam dokumen PPK ini. Kondisi tersebut menjadikan pelayanan tidak mengikuti standar penatalaksanaan diagnosis yang menyebabkan ketidaktepatan dalam penatalaksanaan pengobatan dari dokter yang berakibat terjadinya pemakaian obat diluar standar PPK dan Formularium Rumah Sakit.

Formularium Rumah Sakit juga merupakan salah satu dokumen penting dalam akreditasi rumah sakit. Formularium rumah sakit ini disusun oleh Komite Farmasi dan Terapi (KFT) yang minimal terdiri dari dokter spesialis dasar (Penyakit dalam, Bedah, Anak, Obstetri dan Ginekologi), serta apoteker. KFT ini diketuai oleh salah satu dokter spesialis dasar tersebut dan apoteker sebagai sekretarisnya. Salah satu tugas KFT adalah menyetujui pemakaian dan pengadaan obat di rumah sakit yang disusun dalam Formularium Rumah Sakit. Walaupun demikian masih ada dokter yang memberikan resep tidak sesuai dengan Formularium Rumah Sakit.

Penggunaan obat yang tidak sesuai dengan Formularium Rumah sakit yang mengacu pada Formularium Nasional mengakibatkan tidak terkontrolnya pemakaian obat terutama pada Poliklinik Jantung. Seperti yang sudah diketahui sebelumnya bahwa obat-obatan yang diresepkan dalam penatalaksanaan penyakit jantung pada umumnya memiliki harga yang mahal (*high cost*). Hal ini dapat terlihat pada beberapa kasus pada satu diagnosis yang sama di poliklinik jantung terdapat variasi harga obat yang beragam dengan perbedaan yang signifikan. Variasi ini dapat terjadi karena ketidakpatuhan DPJP dalam memberikan obat sesuai formularium, terutama pada pasien kronis yang obatnya diberikan untuk satu bulan. Padahal untuk obat kronis (1 bulan) diinputkan terpisah dengan aplikasi khusus prolanis. Obat yang tidak ada di formularium atau tidak memenuhi persyaratan diberikan sesuai dengan formularium tidak bisa dimasukkan kedalam aplikasi tersebut, sehingga penagihannya terpaksa harus dibebankan bersama dengan paket INACBGs. Hal ini tentunya akan membuat besarnya selisih klaim dengan biaya yang dikeluarkan rumah sakit juga memiliki variasi biaya yang besar pula. Pada umumnya DPJP menggunakan obat yang tidak sesuai formularium tersebut dikarenakan penatalaksanaan dalam PPK belum *update*. Selain itu juga disebabkan karena keterbatasan stok obat yang ada dirumah sakit. Keterbatasan stok obat dapat terjadi karena kekosongan obat e-katalog pada distributor sehingga mau tidak mau rumah sakit menyediakan obat sejenis dengan biaya reguler yang relatif mahal. Selain itu, kekosongan stok dapat juga terjadi karena rumah sakit tidak dapat melakukan pemesanan ke distributor yang berakibat terkuncinya sistem pemesanan karena tagihan yang sudah jatuh tempo disebabkan terlambatnya pembayaran klaim oleh BPJS. Kondisi ini menyebabkan DPJP tersebut harus mengambil inisiatif untuk mengantinya dengan obat lain. Pengantian dengan obat lain ini dapat menyebabkan tidak terkontrolnya penggunaan obat yang berakibat pada pembengkakkan biaya obat pada pasien.

Clinical pathway merupakan pedoman

yang digunakan dalam melakukan Tindakan klinis berdasarkan bukti pada fasilitas pelayanan Kesehatan. *Clinical pathway* ini dibuat berdasarkan pedoman klinik umum yang dapat diaplikasikan di fasilitas Kesehatan. Penyakit jantung merupakan penyakit yang memiliki kriteria high cost dan high risk, oleh sebab itu perlu diadakan clinical pathway untuk penyakit ini. Proses pembuatan clinical pathway membutuhkan kerjasama yang baik antar unit di rumah sakit yang terdiri dari dokter, perawat, dan farmasi. Clinical pathway ini dibuat berdasarkan kondisi lapangan, PPK dan SOP yang ada pada rumah sakit tersebut dan didukung juga dengan bukti dari literatur (KARS, 2018).

BPJS menggunakan sistem INACBGs dimana untuk tarif rawat jalan memiliki bayaran klaim yang sama yakni Rp. 192.100, jadi apapun diagnosis untuk rawat jalan pembayaran klaim tetap sama. Bagi beberapa diagnosis penyakit hal ini tidak bermasalah, bahkan menguntungkan, karena kelebihan klaim tersebut akan menguntungkan rumah sakit. Namun hal ini tidak berlaku sama pada diagnosis penyakit jantung karena pembayaran klaimnya malah lebih kecil dari biaya yang telah dikeluarkan. Dalam mengatasi masalah ini rumah sakit mengikuti anjuran BPJS untuk melakukan subsidi silang terhadap kasus tersebut.

Dalam pengajuan klaim BPJS di RSI Ibnu Sina Simpang Empat melalui beberapa proses. Proses tersebut dimulai dengan pengumpulan berkas yang terdiri berkas yang dibawa pasien dari rumah berupa surat rujukan atau surat control ulang, Surat Elegilitas Peserta (SEP) yang diterbitkan oleh BPJS, Surat Bukti Pelayanan Kesehatan (SBPK) yang berisikan diagnosa, resume pengobatan, dan tindakan yang dilakukan pada pasien, serta bukti pembayaran (kuitansi) pengobatan pasien sesuai tarif rumah sakit. Berkas ini dikumpulkan oleh petugas admisi dan diserahkan pada bagian casemix untuk dilakukan verifikasi oleh verifikator. Berkas yang lolos verifikasi dilakukan *coding* sesuai ICD 10 oleh *coder*. Proses pengajuan klaim ini sudah disesuaikan dengan petunjuk teknis

Verifikasi Klaim BPJS.

Dalam prosedur pembayaran klaim tersebut masih ditemui beberapa masalah berupa keterlambatan pembayaran klaim. Menurut wawancara yang dilakukan di RSI Ibnu Sina Simpang Empat kendala yang ditemui karena kondisi ini sedikit banyaknya kan memberikan dampak terhadap rumah sakit. Dampak ini bisa terjadi pada aliran kas keuangan menjadi tidak stabil yang dapat mempengaruhi pembayaran tagihan rumah sakit, terutama dalam pembelian obat dan alkes yang diperlukan dalam keberlangsungan pelayanan rumah sakit. Obat-obatan dan alkes ini diperoleh dari distributor obat dan alkes secara kredit dengan masa jatuh tempo yang berbeda tiap distributor. Hal ini menjadi beban rumah sakit karena penunggakan pembayaran tagihan ini menyebabkan rumah sakit tidak dapat melakukan pembelian obat dan alkes pada distributor yang menyebabkan stok obat dan alkes di rumah sakit menjadi tipis atau bahkan kosong. Dalam mengatasi kekurangan atau kekosongan obat rumah sakit sudah membuat regulasi dalam mengatasi masalah ini dengan dibuatkan SOP mengenai kekosongan obat dan alkes.

Penelitian yang dilakukan oleh Devi Anyapita menyatakan bahwa keterlambatan pembayaran klaim mempengaruhi arus kas keuangan rumah sakit, yang menyebabkan rumah sakit memprioritaskan pembayaran tagihan yang bersifat krusial terlebih dahulu sehingga mempengaruhi kualitas mutu pelayanan. Pada RSI Jakarta Sukapura, mutu pelayanan rumah sakit seperti yang dipengaruhi anantara lain berupa dimensi efektifitas layanan yang belum bisa terlaksana secara optimal, dimensi keamanan dan kenyamanan yang belum optimal yang terjadi karena peralatan medis yang belum memadai dan ketidakcukupan obat yang diterima oleh pasien (Anyaprita, 2020).

Dalam prosesnya keterlambatan pembayaran klaim ini dapat diakibatkan oleh beberapa faktor. Faktor penyebab keterlambatan ini dapat dipengaruhi oleh manusia dalam hal ini adalah ketidaktepatan dalam mengecek kelengkapan berkas pasien,

berkas pasien yang tertukar, tulisan diagnosis pada SBPK yang kurang jelas, dan berkas tindakan yang tertinggal di Poliklinik lainnya. Ketinggalan berkas ini terjadi karena alat ECG dipakai Bersama dengan Poliklinik lain. Pada RSI Ibnu Sina Simpang Empat Manusia menjadi faktor utama dalam keterlambatan pembayaran klaim ini. Sedangkan faktor lainnya seperti faktor fasilitas dan metode tidak mempengaruhi keterlambatan dalam pengajuan klaim dan pembayarannya. Hal ini disebabkan karena pada RSI Ibnu Sina Simpang Empat sudah memiliki SIMRS dan server yang memadai untuk menampung sistem BPJS, dan juga sudah memiliki aplikasi e-klaim dari Kemenkes. Selain itu di RSI Ibnu Sina Simpang Empat juga sudah memiliki SOP tentang alur pengajuan Klaim BPJS.

Hal ini selaras juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Antonius Artanto di RSUD Kanujoso Djatiwibowo bahwa ketidaklengkapan berkas yang akan diajukan menjadi penyebab utama keterlambatan pembayaran klaim sehingga berkas tersebut menjadi pending (Artanto, 2018). Hal serupa juga dibahas dalam penelitian yang dilakukan oleh Lenty Wahyu Noviantri di RS Panti Nugroho dimana factor manusia memiliki peran penting penyebab keterlambatan pengajuan klaim. Pada rumah sakit ini keterlambatan juga dipengaruhi oleh factor lainnya seperti factor fasilitas dimana server BPJS yang sering mati dan metode yakni belum terdapatnya SOP pengajuan klaim BPJS (Noviantri, 2016). Penundaan pembayaran klaim juga dialami oleh RS Nurhidayah Yogyakarta sehingga pembayaran klaim terlambat dan tidak bisa pada waktu yang telah ditentukan. Penelitian yang dilakukan oleh Hendra Rohman pada rumah sakit tersebut diketahui penyebab kejadian tersebut adalah ketidaktepatan dalam pemberian coding, ketidaklengkapan berkas, dan diagnosa yang tidak sesuai dengan kriteria (Rohman, 2021).

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai bahwa diagnosis terbanyak pada Poliklinik jantung RSI Ibnu Sina Simpang Empat berdasarkan ICD 10 adalah Congestive Heart Failure + Atherosclerotic heart disease, Atherosclerotic heart disease, dan Congestive Heart Failure.

Dimana selisih biaya negatif yang sangat besar terjadi pada diagnosis Congestive Heart Failure dengan disertai Atherosclerotic heart disease (I.50.0;I25.1) di tahun 2019 yakni -125%, diikuti diagnosis Atherosclerotic heart disease (I25.1) sebesar -17% dan Congestive Heart Failure (I50.0) sebesar -19%. Namun dengan adanya kebijakan manajemen menyebabkan terjadi keuntungan di tahun 2020 pada diagnosis Congestive Heart Failure dengan disertai Atherosclerotic heart disease (I.50.0;I25.1), Atherosclerotic heart disease (I25.1), dan Congestive Heart Failure (I50.0) secara berturut-turut sebesar 26%, 23%, dan 34 %.

Proses pelayanan yang memberikan biaya terbesar berasal dari pembiayaan obat Kebijakan pelayanan pengajuan klaim BPJS di RSI Ibnu Sina Simpang Empat dapat menekan kerugian yang terjadi di Poliklinik Jantung tahun 2019 menjadi keuntungan di tahun 2020. Walaupun demikian masih sering terjadi keterlambatan pembayaran klaim dan berkas pending yang disebabkan oleh faktor manusia.

DAFTAR PUSTAKA

- Amrizal. 2009. Pelatihan Case-Mix INA-CBGs. Bandung
- Anyaprita, Devi. Kemal N. Siregar. Budi Hartono. M. Fachri. Fajar Arianti. 2020. Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura. MPHJ, Vol 1 No. 1; 22-31.
- Artanto, Antonius. 2018. Faktor-faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016. Jurnal Administrasi Rumah Sakit (ARSI) Vol. 4 No. 2; 122-134.
- Aurelia, Anna. Eka Pujiyanti. 2016. Biaya Satuan dan Pemulihan Biaya (Cost Recovery Rate) Layanan Pasien Acute Coronary Syndrome dengan Rawat Inap di Rumah Sakit X Tahun 2015. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia Volume 1 Nomor 3; 132-137
- Azalea, Metty. Tri Murti Andayani, Satibi. 2016. Analisis Biaya Pengobatan Penyakit Ginjal Kronis Rawat Inap Dengan Hemodialisis Di Rumah Sakit. Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi Volume 6 Nomor 2; 141-150.
- Blocher, Chen, Lin . 2001. Manajemen Biaya Dengan Tekanan Strategik. Jakarta : Salemba Empat
- Budiarto, Wasis. Mugeni Sugiharto. 2013. Biaya Klaim INA CBGS Dan Biaya Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap Peserta Jamkesmas Di Rumah Sakit Studi Di 10 Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan Januari–Maret 2012. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 16 No. 1; 58-65.
- Dumaris, Hotma. 2016. Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBGs Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. Jurnal Administrasi Rumah Sakit Vol. 3 No. 1; 20-28.
- Fitri, Elny. Tri Murti Andayani. Endang Suparniati. 2015. Analisis Biaya Penyakit Diabetes Mellitus. Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi, Volume 5 Nomor 1. 61-66.
- Hardisman. 2020. Kupas Tuntas dan Lugas Metodologi Penelitian Kualitatif. Depok : Rajawali Press.
- Hudayani, Miftakhul. Tri Murti Andayani, Achmad Fudholi ,2016. Komparasi Biaya Riil Dengan Tarif INA-CBGs Dan Analisis Komponen Biaya Yang Berpengaruh Pada Pasien Stroke Hemoragi Rawat Inap Peserta JKN Di Rumah Sakit Kabupaten Pekalongan, Tesis. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.



- Kemenkes 2016. 2016. Kepmenkes No 76 tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta.
- Kementrian PPN/Bappenas. 2019. Pembiayaan kesehatan dan JKN, sector kesehatan. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedeputan Pembangunan Manusia
- Komariah, Aan. Djaman Satori. 2010. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: Alfabeta.
- Lilissuriani, Irwan Saputra, Mahlil Ruby. 2017. Perbedaan Biaya Riil Rumah Sakit Dan Tarif INA-CBGs Untuk Kasus Katastropik Dengan Penyakit Jantung Koroner Pada Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di RSUZA. JUKEMA Vol. 3 No. 1; 198-205
- Mardiah. 2016. Cost Recovery Rate Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBGs Berdasarkan Clinical Pathway Pada Penyakit Arteri Koroner di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2015. Jakarta: Jurnal Administrasi Rumah Sakit Volume 2 Nomor 3; 245-259
- Mariam, Siti. 2018. Sistem Jaminan Sosial Nasional Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Perspektif Hukum Asuransi). Jurnal Ilmiah UNTAG Semarang, Vol. 7 No.2
- Masturoh, I. Anggita N. 2018. Metodologi Penelitian Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia
- Mulyanto, Edy. Niken Puspitowati. 2013. Analisis Perbedaan Tarif Riil Dengan Tarif Paket Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) Pada Klaim Jamkesmas Pasien Rawat Inap Di RSU RA. Kartini Jepara 2012. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus Vol. 2, No. 1; 101-102
- Munawaroh, Farida. And , Tri Murti Andayani. 2014. Analisis Biaya Perawatan Fraktur Sebagai Pertimbangan Dalam Penetapan Pembiayaan Kesehatan Berdasar INA-CBGs, Tesis. Yogyakarta; Universitas Gajah Mada.
- Notoatmodjo S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rhineka Cipta.
- Noviantri, Lenty Wahyu. Sugeng. 2016. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. Jurnal Kesehatan Vokasional Vol 1 No. 1; 22-26
- Nurwahyuni, Atik. Ery Setiawan. 2020. Kinerja Rumah Sakit Swasta dengan Pembayaran INACBGs di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Casemix, Casemix Index, Hospital Base Rate. Jurnal Ekonomi Kesehatan Vol. 4 No. 2; 1-10
- Ramadhan, Leny. MGS Arintonang. Yusi Anggraini. 2021. Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit Dan Tarif INA-CBGs Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Pasar Rebo Jakarta. Journal of Islamic Pharmacy Vol. 6 No. 2; 73-78
- Rohman, Hendra. Aris Wintolo. Endang Susilowati. 2021. Analisis Penundaan Pembayaran Klaim Pada Sistem Vedika Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di Rumah Sakit Nur Hidayah Yogyakarta. Jurnal Wiyata Vol. No. 1; 72-83
- Saryono .2010. Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika Yogyakarta.
- Sugiyono. 2010. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung : Álfabeta
- WHO's. 2010. International Statitital Classification of Disease and Related Health Problem 10 th Revision (ICD 10). Version for 201