

ANALISIS PERBEDAAN TARIF INA-CBG DENGAN TARIF RUMAH SAKIT

**(Studi Kasus pada Pasien Penyakit Jantung Rawat Inap RSI Sultan Agung
Semarang)**

**Laporan Magang MB-KM
Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S1 Akuntansi**

Program Studi Akuntansi



**Disusun Oleh:
Amelia Rachma Archanti
NIM : 31401800022**

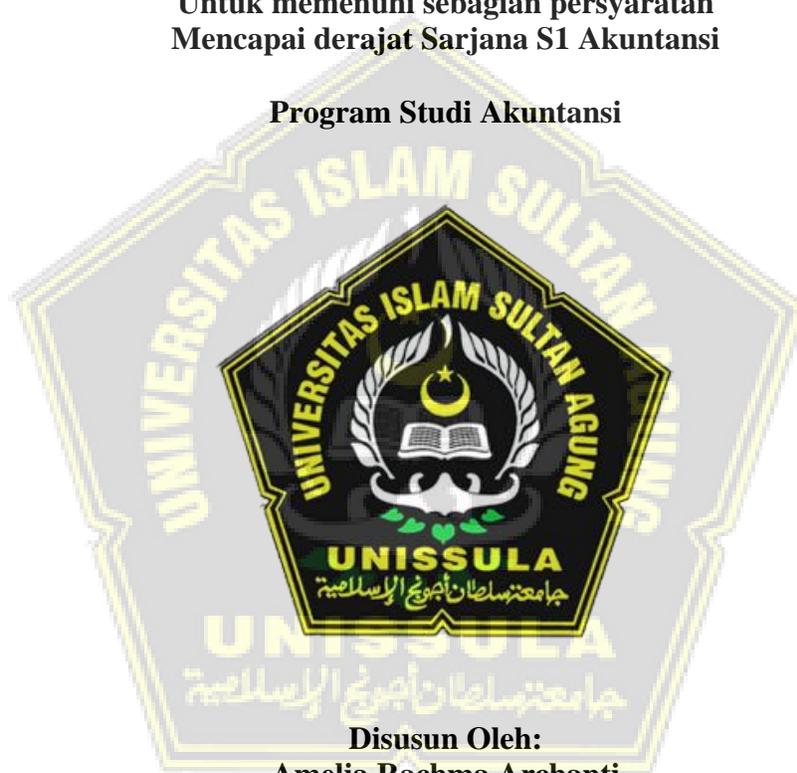
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
FAKULTAS EKONOMI PROGRAM STUDI AKUNTANSI
SEMARANG
2021**

ANALISIS PERBEDAAN TARIF INA-CBG DENGAN TARIF RUMAH SAKIT

**(Studi Kasus pada Pasien Penyakit Jantung Rawat Inap RSI Sultan Agung
Semarang)**

**Laporan Magang MB-KM
Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S1 Akuntansi**

Program Studi Akuntansi



**Disusun Oleh:
Amelia Rachma Archanti
NIM : 31401800022**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
FAKULTAS EKONOMI PROGRAM STUDI AKUNTANSI
SEMARANG
2021**

Laporan Magang MB-KM

ANALISIS PERBEDAAN TARIF INA-CBG DENGAN TARIF RUMAH SAKIT

(Studi Kasus pada Pasien Penyakit Jantung Rawat Inap RSI Sultan Agung
Semarang)

Disusun Oleh:
Amelia Rachma Archanti
NIM : 31401800022

Telah dipertahankan di depan penguji

Pada tanggal 14 Januari 2022

Susunan Dewan Penguji

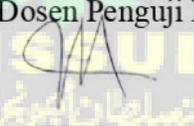
Dosen Pembimbing Lapangan

Dosen Penguji I


Dr. Edy Supriyanto, S.E., M.Si., Akt., CA
NIK. 211106018

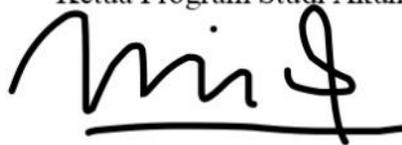

Dr. H. Kiryanto, S.E., M.Si., Akt
NIK. 211492004

Dosen Penguji II


Dr. Zaenal Alim Adiwijaya, S.E., M.Si
NIK. 211492005

Laporan Magang MB-KM ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh Gelar Sarjana Akuntansi tanggal 14 Januari 2022

Ketua Program Studi Akuntansi



Dr. Dra. Winarsih, S.E., M.Si., CSRS., CSRA
NIK. 211415029

PERNYATAAN LAPORAN MAGANG

Berikut adalah yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Amelia Rachma Archanti

NIM : 31401800022

Program Studi : S1 Akuntansi

Dengan ini penulis menyatakan bahwa laporan magang yang diajukan dengan judul : **ANALISIS PERBEDAAN TARIF INA-CBG DENGAN TARIF RUMAH SAKIT (Studi Kasus pada Pasien Penyakit Jantung Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang)** ini merupakan hasil karya sendiri yang sifatnya original dan bebas dari plagiat, bukan sebagai tiruan atau salinan dari karya orang lain, kecuali yang dikutip dalam daftar referensi. Seandainya suatu saat terdapat ketidaksesuaian dengan pernyataan ini maka penulis bersedia untuk dicabut gelar yang telah diperoleh.

Demikian pernyataan laporan magang ini dibuat dengan sungguh – sungguh, dan dapat dipertanggungjawabkan tanpa paksaan dari siapa pun.

Semarang, 02 Juli 2021

Yang Menyatakan,



Amelia Rachma Archanti

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Amelia Rachma Archanti
NIM : 31401800022
Program Studi : S1 Akuntansi
Fakultas : Ekonomi
Nomor HP/ email : 082225543994/ ameliarachma234@gmail.com

Dengan ini menyerahkan karya ilmiah berupa Tugas Akhir (laporan magang) yang berjudul : **ANALISIS PERBEDAAN TARIF INA-CBG DENGAN TARIF RUMAH SAKIT (Studi Kasus pada Pasien Penyakit Jantung Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang)** dan menyetujui menjadi hak milik Fakultas Ekonomi Universitas Islam Sultan Agung serta memberikan Hak Bebas Royalti Non – Eksklusif untuk disimpan, dialihmediakan, dikelola dalam pangkalan data, dan dipublikasikannya diinternet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh – sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/ Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala bentuk tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang 22 April 2022

Yang Menyatakan



10000
METEKAN
TEMPEL
EF566AJX767486846

Amelia Rachma Archanti

ABSTRAK

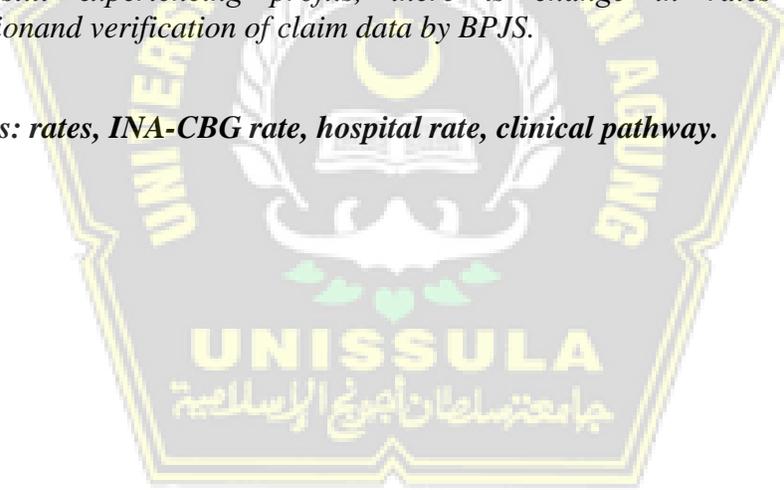
Banyak rumah sakit di Indonesia yang telah bekerjasama dengan BPJS. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit, apa saja penyebab kerugian dari selisih tarif, sejauh mana rumah sakit mengatasi selisih rugi dari perbedaan tarif, dan untuk mengetahui dampak yang terjadi dari perbedaan tarif. Metode yang digunakan yaitu deskriptif analitik, kemudian penentuan sampel menggunakan *purposive sampling* pada diagnosa primer I25.1 (*atherosclerotic heart disease*) pada bulan April dan Mei 2021 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang termasuk tipe B dengan regional 1. Hasil penelitian ini yaitu selisih tarif negatif lebih banyak daripada selisih tarif positif, tarif rumah sakit berdasarkan *fee for service*, sedangkan tarif INA-CBG berdasarkan kode diagnosa dan tindakan, ketepatan dalam menginput kode mempengaruhi perhitungan tarif INA-CBG, pelayanan dokter pada semua pasien sama saja. Setiap pasien memiliki plafon, jumlah kebutuhan obat, BMHP dan LOS yang berbeda, adanya perubahan aturan BPJS, serta cara rumah sakit mengatasi selisih tarif menggunakan *clinical pathway*. Dampaknya yaitu selisih tarif diperlakukan sebagai dana tabarru', secara keseluruhan masih mengalami keuntungan, adanya perubahan tarif setelah informasi DPM dan verifikasi data klaim oleh BPJS.

Kata Kunci: tarif, tarif INA-CBG, tarif rumah sakit, *clinical pathway*.

ABSTRACT

Hospitals in Indonesia have collaborated with BPJS. This study aims to discover the differences in INA-CBG rates and hospital rates, what are the causes of loss from the difference rates, the extent to which hospital overcome the difference in losses from difference rate, and to determine the impact of the difference in rates. This research uses an analytical descriptive method and purposive sampling method on the primary diagnosis I25.1 (atherosclerotic heart disease) in April and May 2021 of Sultan Agung Islamic Hospital Semarang, is a type B hospital with regional 1. The results of this study shows negative rate differences exceed those of positive rate differences, hospital rate based on fee for service, and INA-CBG rate based on diagnostic and action codes. The accuracy in inputting the code affects the calculation of the INA-CBG rate, the services provided by doctors for all patients is the same. Each patient has their own limit rate, medicine needs, BMHP and LOS that different, the changes to BPJS regulations, and the hospital way solves the rate difference through clinical pathway. The impacts are that the difference in rates is treated as tabarru funds, overall still experiencing profits, there is change in rates after DPM's information and verification of claim data by BPJS.

Keywords: rates, INA-CBG rate, hospital rate, clinical pathway.



PRAKATA

Alhamdulillah, atas berkat Allah Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan petunjuk terhadap laporan magang penulis yang berjudul “ANALISIS PERBEDAAN TARIF INA-CBG DENGAN TARIF RUMAH SAKIT (Studi Kasus pada Pasien Penyakit Jantung Rawat Inap di RSI Sultan Agung Semarang)”. Penyusunan laporan magang ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi S1 di Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari bahwa dalam proses pembuatan laporan magang ini mengalami bermacam - macam keterbatasan. Melalui dukungan, arahan, dan bimbingan dari berbagai pihak serta petunjuk dari Allah SWT sehingga penulis dapat mengatasi keterbatasan tersebut. Melalui kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Prof. Hj. Olivia Fachrunnisa, S.E., M.Si., PhD., sebagai Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Dr. Hendar, S.E., M.Si sebagai Wakil Dekan 1 Fakultas Ekonomi Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan surat izin penelitian untuk melakukan proses pengambilan data di RSI Sultan Agung
3. Ibu Dr. Dra. Winarsih, S.E., M.Si., sebagai Ketua Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan persetujuan dalam mengikuti program MBKM.

4. Dosen Supervisor Bapak Shofiyullah, S.E dan dosen pembimbing lapangan Bapak Dr. Edy Suprianto, S.E., M.Si., Akt, CA yang bersedia meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan, saran, dan koreksi dengan sabar dalam proses penulisan laporan magang.
5. Bagian TU dan Puskom yang telah memberikan pelayanan – pelayanan terhadap mahasiswa – mahasiswi dengan baik.
6. Bagi keluarga saya terutama Bapak Bambang Aryoto, S.H, Ibu Anne Chandra Riena, Amd.Farm, Pakdhe Soegeng Ariyono, S.H., Mbah Kakung Hj. Solichan, ANT III, Adikku Nurul Rossa dan sebagainya atas dukungan, semangat, nasihat, dan doa terhadap penulis agar kelak menjadi seseorang yang sukses kedepannya.
7. Sahabat – sahabatku: Rezza Dian Sasmita, Annisa Putri Ratnasari, Liana Meitasari, Nurul Azizah Rosyada, Kania Reza Farahdiba, Syafaatun Ni'mah, Balqis FN, Ajeng RHD, Dinda HN, Alfifah RA, dan Umi TL yang selalu memberi semangat, motivasi disaat down dan doa agar cepat lulus serta dimudahkan urusannya.
8. Teman – teman dekatku: Ghibran Fahreza Dipayana, Fajar Pratama Putra, Rizqi Suwardana Utoyo, Muhammad Yusuf yang selalu memberi semangat dan mengamini doa yang penulis panjatkan.
9. Mba Ana, Mba Ristina, Mba Dian, Dokter Adithia, Pak Shofi, Mba Nafis dan rekan – rekan lainnya yang telah memberi masukan, beberapa data secara lisan maupun tulisan dan doanya agar dimudahkan segala urusan.

10. Berbagai pihak yang sudah memberi masukan dan mendukung penulis dalam penulisan laporan magang

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan magang ini masih jauh dari kata sempurna, melalui dukungan, doa, motivasi, masukan dan bimbingan dari semua pihak sehingga laporan magang ini dapat selesai tepat waktu. Semoga dapat bermanfaat bagi pembaca dan penulis untuk menambah pengetahuan. Terimakasih.

Semarang, 10 Juli 2021

Penulis

Amelia Rachma Archanti



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN LAPORAN MAGANG.....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vii
PRAKATA.....	viii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I.....	17
PENDAHULUAN.....	17
1.1 Latar Belakang dan Tujuan Magang.....	17
1.2 Sistematika Laporan.....	20
BAB II.....	25
PROFIL ORGANISASI DAN AKTIVITAS MAGANG.....	25
2.1 Profil Organisasi.....	25
2.2 Aktivitas Magang.....	34
BAB III.....	38
IDENTIFIKASI MASALAH.....	38
3.1 Identifikasi Masalah.....	38
BAB IV.....	40
KAJIAN PUSTAKA.....	40
4.1 RSI Sultan Agung Semarang Bekerjasama dengan BPJS.....	40
4.2 BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).....	47
4.3 INA-CBG (<i>Indonesia Case Base Groups</i>).....	50
4.4 Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.....	52

4.5	Jenis – Jenis Tarif	53
4.5.1	Tarif Secara Umum	53
4.5.2	Tarif RSI Sultan Agung Semarang	59
4.5.3	Tarif INA-CBG	64
4.6	<i>Clinical Pathway</i>	65
BAB V		68
ANALISIS DAN PEMBAHASAN		68
5.1	Analisis	68
5.2	Pembahasan	77
5.2.1	Perbedaan Tarif INA-CBG dengan Tarif Rumah Sakit.	77
5.2.2	Penyebab – Penyebab Kerugian dari Selisih Tarif INA-CBG dengan Tarif Rumah Sakit	78
5.2.3	Cara Rumah Sakit Mengatasi Selisih Rugi dari Perbedaan Tarif INA-CBG dengan Tarif Rumah Sakit.	82
5.2.4	Dampak yang Terjadi dari Perbedaan Tarif INA-CBG dengan Tarif Rumah Sakit	83
BAB VI		90
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI		90
6.1	Kesimpulan	90
6.2	Rekomendasi	92
BAB VII		94
REFLEKSI DIRI		94
7.1	Refleksi Diri	94
DAFTAR REFERENSI		96
LAMPIRAN		100

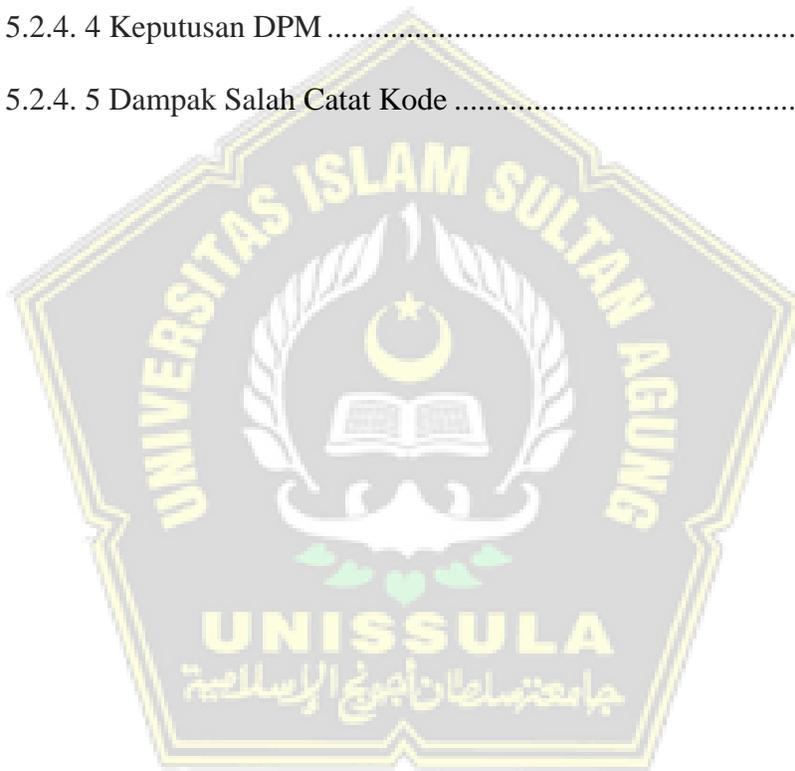
DAFTAR TABEL

Tabel 4.5.1.1 Tarif Jasa.....	57
Tabel 5. 1.1 Distribusi Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin.....	69
Tabel 5.1.2 Distribusi Pasien Berdasarkan Kelompok Umur	69
Tabel 5.1.3 Komponen Penyusun Tarif Rumah Sakit.....	70
Tabel 5.1.4 Selisih Tarif INA-CBG Dengan Tarif Rumah Sakit.....	71
Tabel 5.1.5 Selisih Tarif Berdasarkan Kelas Hak, Kelas Ditempati, Banyak Diagnosa, Banyak Tindakan, dan LOS	73



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Struktur Organisasi RSISA	31
Gambar 5.2.4. 1 Jurnal Surplus.....	84
Gambar 5.2.4. 2 Jurnal Defisit	85
Gambar 5.2.4. 3 Laba Rugi Berkaitan dengan Selisih Tarif.....	86
Gambar 5.2.4. 4 Keputusan DPM.....	88
Gambar 5.2.4. 5 Dampak Salah Catat Kode	89



DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1. SURAT LAMARAN MAGANG.....	101
LAMPIRAN 2. FORMULIR JAWABAN SURAT MAGANG MANDIRI	102
LAMPIRAN 3. DAFTAR HADIR PESERTA MAGANG	104
LAMPIRAN 4. CATATAN HARIAN MAGANG (LOG BOOK) PESERTA MAGANG PERUSAHAAN	109
LAMPIRAN 5. PROSES PEMBIMBINGAN LAPORAN MAGANG DOSEN PEMBIMBING LAPANGAN	133
LAMPIRAN 6. PROSES PEMBIMBINGAN LAPORAN MAGANG DOSEN SUPERVISOR.....	135
LAMPIRAN 7. CONTOH HASIL TARIF DALAM FAKTUR DETAIL UNIT KEPERAWATAN RAWAT INAP.....	137
LAMPIRAN 8. PENETAPAN TARIF PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG.....	141
LAMPIRAN 9. PERJANJIAN KERJASAMA RSI SULTAN AGUNG SEMARANG DENGAN BPJS KESEHATAN CABANG SEMARANG.....	143
LAMPIRAN 10. PERSENTASE PENYAKIT JANTUNG ADA DI URUTAN KEDUA	151
LAMPIRAN 11. CONTOH PLAFON TARIF INA-CBG.....	152
LAMPIRAN 12. CONTOH HASIL INPUT DIAGNOSA (ICD-10) DAN TINDAKAN (ICD-9).....	154
LAMPIRAN 13. CONTOH KOMPONEN PENENTUAN TARIF RS BULAN APRIL – MEI 2021	156
LAMPIRAN 14. CONTOH HASIL GROUPING TARIF INA-CBG DARI PASIEN BULAN APRIL.....	159
LAMPIRAN 15. CONTOH HASIL GROUPING TARIF INA-CBG DARI PASIEN BULAN MEI.....	161
LAMPIRAN 16. CONTOH BMHP DARI PELAYANAN RAWAT INAP JANTUNG.....	163
LAMPIRAN 17. CONTOH RSISA SUDAH MENERAPKAN CLINICAL PATHWAY	164

LAMPIRAN 18. SURAT KETERANGAN MAGANG.....	166
LAMPIRAN 19. FOTO KEGIATAN.....	167



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Tujuan Magang

Banyak rumah sakit di seluruh Indonesia yang bekerjasama dengan BPJS sebagai penjamin fasilitas kesehatan utama ketika hendak melakukan pemeriksaan. Pelayanan kesehatan masyarakat dulunya menggunakan jamsostek, mulai tanggal 31 Desember 2013 BPJS resmi disahkan. BPJS terdiri dari dua bagian yaitu: BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan yang merupakan kesatuan dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam program pemerintah. BPJS kesehatan resmi beroperasi sebagai transformasi dari PT Askes Indonesia saat 1 Januari 2014 (Indupurnahayu et al., 2021). Dengan adanya rumah sakit, kesehatan masyarakat sekitar dapat ditangani dengan berbagai jenis pengobatan yang diberikan oleh para dokter.

Di rumah sakit sebagai tempat berkumpulnya orang yang memiliki berbagai macam penyakit. Salah satu contoh penyakit berbahaya tidak menular yang dialami pasien yaitu penyakit jantung. Penyakit jantung menurut (Muhamad Ridwan, 2017) yaitu peredaran darah yang mengalami gangguan sehingga dapat menyebabkan kematian, dalam kedokteran istilah ini disebut *vascular aterosklerotik*. Bagi laki – laki yang sudah memasuki usia 45 tahun maupun perempuan yang sudah berumur 55 tahun perlu mewaspadaai adanya penyakit jantung ini, karena pria lebih rentan terkena daripada wanita. Menurut (Eka Wahyudi, 2017) penyakit jantung di kelompokkan

menjadi enam bagian diantaranya jantung perikarditif, jantung coroner, gagal jantung kronik, jantung katup, jantung hipertensi, dan gagal jantung akut. Pasien yang memiliki semakin banyak komplikasi penyakit, tentunya akan semakin banyak biaya yang harus dikeluarkannya atau bisa disebut dengan *fee for service*. Berbeda halnya dengan pasien BPJS, semua biaya pengobatan pasien sudah dijamin berdasarkan besarnya tarif INA-CBG yang biasanya jauh dibawah tarif rumah sakit yang sudah dikeluarkan untuk menangani berbagai macam penyakit yang dialami pasien.

Menurut Tristantoro (2016) dalam (Rekam et al., 2021) tarif rumah sakit mempunyai penetapan sendiri sesuai dengan tujuannya dan bersumber dari biaya – biaya rumah sakit. Biaya ditambahkan dengan laba merupakan definisi tarif, dimana tarif tersebut berorientasi untuk mendapatkan keuntungan. Tarif tersebut bisa menjadi pendapatan terbesar bagi rumah sakit yang berasal dari pembayaran yang dilakukan oleh pasien sehingga diusahakan jangan sampai mengalami kerugian. Data *coding* dan data *costing* menjadi dasar dalam menghitung tarif INA-CBG, seperti yang dikatakan (Munawaroh et al., 2019) bahwa tarif tersebut merupakan sistem INA-CBG sebagai dasar dari pembayaran paket. Sistem tersebut bertumpu pada tarif INA-CBG (*Indonesia Case Base Groups*), yakni besaran klaim yang dibayar oleh BPJS berdasarkan tindakan dan klasifikasi diagnosa penyakit terhadap fasilitas kesehatan atas paket layanan (Kemenkes RI, 2014 dalam (Riil, 2019)).

Salah satu jenis fasilitas kesehatan yaitu rumah sakit. Beberapa rumah sakit di Semarang, sudah bekerjasama dengan BPJS. Salah satunya terdapat rumah sakit yang

memiliki pasien BPJS, sekitar 90% dari populasi pasien lebih banyak daripada pasien umum, dan pasien asuransi lainnya. Dokter dan perawat disini dapat menjadi *filter* utama dalam mengurangi kerugian dari selisih tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit kemudian coder melakukan grouping kode diagnosa serta tindakan kedalam sistem, bagian akuntansi membuat tarif rumah sakit yang mana didalamnya termasuk biaya dan laba yang sudah ditetapkan, dan bagian kasir basement yang melakukan tutup transaksi klaim piutang BPJS kesehatan.

Berdasarkan pengamatan sederhana yang dilakukan penulis terlihat bahwa terdapat selisih tarif negatif atau mengalami defisit yang cukup banyak, dan hanya beberapa yang mengalami selisih tarif positif atau surplus. Dengan begitu penulis tertarik untuk meneliti hal yang berkaitan dengan judul **“ANALISIS PERBEDAAN TARIF INA-CBG DENGAN TARIF RUMAH SAKIT” (Studi Kasus pada Pasien Penyakit Jantung Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang)**. Sehingga peneliti akan menganalisa data BPJS kesehatan pasien mulai dari distribusi pasien, unsur penyusun tarif rumah sakit, selisih tarif, cara mengatasi dan dampaknya bagi rumah sakit. Oleh karena itu dapat diambil tujuan sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit.
2. Untuk mengetahui apa saja penyebab kerugian dari selisih tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit.
3. Untuk mengetahui sejauh mana rumah sakit mengatasi selisih rugi dari perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit.

4. Untuk mengetahui dampak yang terjadi dari perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit.

1.2 Sistematika Laporan

Berikut di bawah ini penjabaran dari setiap bab dan sub babnya yaitu:

BAB I Pendahuluan

Pada bagian pendahuluan dibagi menjadi dua bagian terdiri dari (1) latar belakang dan tujuan magang, serta (2) sistematika laporan.

1.1) Latar Belakang dan Tujuan Magang

Dalam latar belakang membahas mengenai awal mula masalah suatu penelitian itu diambil kemudian diuraikan. Selanjutnya pada tujuan magang ini untuk menjelaskan suatu hal yang akan diuraikan pada bab analisis dan pembahasan.

1.2) Sistematika Laporan

Sistematika laporan termasuk bagian dari bab 1 dan menjelaskan secara umum dan singkat mengenai penulisan laporan tiap bab maupun sub babnya.

BAB II Profil Organisasi dan Aktivitas Magang

Selanjutnya pada bagian ini membahas mengenai profil organisasi disertai letak geografis dan aktivitas magang.

2.1) Profil Organisasi

Dalam profil organisasi akan dijelaskan mengenai sejarah secara singkat, moto, visi, misi dan struktur organisasi RSISA Semarang.

2.2) Aktivitas Magang

Pada bab dua ini akan diuraikan aktivitas yang dilaksanakan selama magang di RSISA Semarang.

BAB III Identifikasi Masalah

3.1) Pada bab ini menjelaskan identifikasi masalah, juga menjelaskan mekanisme dalam memecahkan masalah tersebut.

BAB IV Kajian Pustaka

Menjelaskan teori yang berhubungan dengan masalah penelitian yaitu:

4.1) Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bekerjasama dengan BPJS

Membahas mengenai perjanjian kerjasama BPJS dengan RSI Sultan Agung Semarang mengenai pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan yang mana terdapat hak dan kewajiban dari RSI Sultan Agung dan BPJS.

4.2) BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

Meliputi aturan yang mengatur BPJS berdasarkan UU nomor 24 tahun 2012.

4.3) INA-CBG (*Indonesia Case Base Groups*)

Meliputi PMK nomor 76 tahun 2016 mengenai penjelasan INA-CBG sebagai metode pembayaran pada FKRTL.

4.4) Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Meliputi pengertian JKN, tujuan JKN dan prinsip SJSN menurut UU nomor 40 tahun 2004.

4.5) Jenis – Jenis Tarif

Terdiri dari tarif secara umum, tarif INA-CBG dan tarif RSI Sultan Agung

4.5.1) Tarif Secara Umum

Pengertian tarif secara umum, tujuan ditetapkan tarif, strategi penetapan tarif, penentuan harga jual (tarif) di perusahaan jasa beserta contoh perhitungannya.

4.5.2) Tarif RSI Sultan Agung

Penetapan tarif pelayanan kesehatan RSI Sultan Agung Semarang tahun 2020 berdasarkan keputusan direktur utama nomor 06/Per/RSI-SA/I/2020, dan perjanjian kerjasama BPJS dengan RSI Sultan Agung Semarang mengenai beberapa aturan tarif pelayanan kesehatan.

4.5.3) Tarif INA-CBG

Meliputi beberapa pasal dalam PMK nomor 4 tahun 2017 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

4.6) *Clinical Pathway*.

Beberapa ulasan mengenai *clinical pathway* sebagai salah satu solusi untuk mengurangi kerugian rumah sakit.

BAB V Analisis dan Pembahasan

Dapat melakukan analisis dan pembahasan sesuai masalah dalam penelitian

5.1) Analisis

Analisis yang dimaksud cara menjelaskan suatu analisis data yang sudah didapat dari RSI Sultan Agung Semarang dengan menganalisis distribusi data pasien penyakit jantung, komponen penyusun tarif rumah sakit dan selisih tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit.

5.2) Pembahasan

Hasil penelitian dengan objek pasien rawat inap penyakit jantung bulan April dan Mei 2021 akan membahas mengenai

5.2.1) Perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit

Menguraikan mengenai apa saja yang dapat membuat tarif INA-CBG berbeda dengan tarif rumah sakit.

5.2.2) Penyebab – penyebab kerugian dari selisih tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit

Menguraikan tentang apa saja penyebab rumah sakit menjadi rugi yang berasal dari selisih tarif tersebut.

5.2.3) Cara rumah sakit mengatasi selisih rugi dari perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit

Menjelaskan bagaimana rumah sakit mengatasi kerugian akibat dari perbedaan tarif INA-CBG.

5.2.4) Dampak yang terjadi dari perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit

Membahas mengenai dampak yang terjadi seperti perlakuan selisih tarif, apa yang terjadi pada laporan keuangan rumah sakit terutama pada laporan laba rugi, dan kejadian salah catat kode yang diketahui setelah data sudah diverifikasi BPJS.

BAB VI Kesimpulan dan Rekomendasi

Pada bab ini akan menjelaskan uraian dari kesimpulan dan rekomendasi

6.1) Kesimpulan

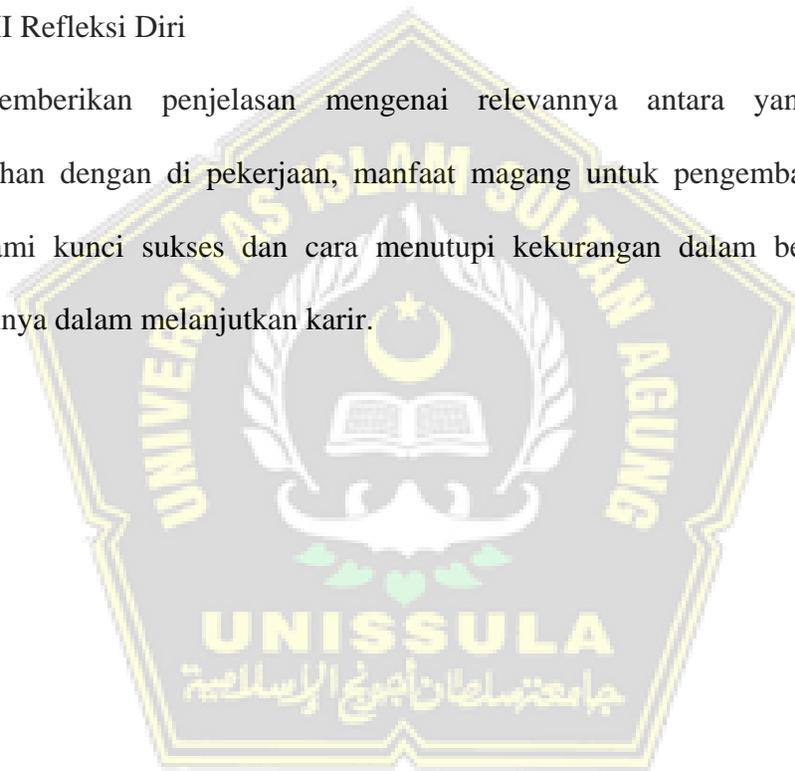
Menguraikan kesimpulan baik analisis maupun pembahasan.

6.2) Rekomendasi

Memberikan rekomendasi pada Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dalam bentuk uraian tertulis agar menjadi lebih baik lagi.

BAB VII Refleksi Diri

Memberikan penjelasan mengenai relevannya antara yang didapat di perkuliahan dengan di pekerjaan, manfaat magang untuk pengembangan softskill, memahami kunci sukses dan cara menutupi kekurangan dalam bekerja, rencana kedepannya dalam melanjutkan karir.



BAB II

PROFIL ORGANISASI DAN AKTIVITAS MAGANG

2.1 Profil Organisasi

RSI Sultan Agung Semarang adalah rumah sakit yang melayani segala macam bentuk asuransi yang dimiliki masyarakat. Tidak hanya menerima pasien umum, namun juga pasien yang tidak dipungut biaya apapun (jamkesmaskot). Berlokasi di Jalan Raya Kaligawe KM 4, Terboyo Kulon, Kecamatan Genuk, Semarang, Jawa Tengah yang berbatasan langsung pada laut Jawa sebelah Utara, sebelah Selatan kawasan industri (LIK atau lingkungan industry kecil), sebelah Barat kota Semarang, dan sebelah timur berbatasan dengan Demak.

2.1.1 Sejarah Singkat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Rumah sakit ini didirikan pada 17 August 1971 yang mana dulunya merupakan *health care center* kemudian diresmikan sebagai rumah sakit umum dengan nama Rumah Sakit Sultan Agung pada tanggal 23 Oktober 1973. Berlandaskan SK Menkes RI No 1024/Yan.Kes/1.0/75 tahun 1975 yang mana rumah sakit ini mendapatkan predikat tipe C, kala itu fasilitas yang dimiliki seperti poli umum, poli kesehatan ibu dan anak, poli keluarga berencana dan radiologi. Selain itu juga tersedia ruang 6 VIP yang dulunya bertempat di parkir mobil depan MCEB.

Rumah sakit ini beralih nama sebagai Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada 8 January 1992, setelah itu di gedung D pada 15 May 2003 diresmikan oleh gubernur

Jawa Tengah, H. Mardiyanto. Melihat pelayanan semakin membaik dalam menangani pasien maka akreditasi naik menjadi tipe B berdasarkan SK No HK 03.05/1/513/2011 pada 21 Februari 2011. Tipe B itu artinya sumber daya, peralatan, fisik, maupun prosedur layanan sudah sesuai dengan standar rumah sakit tipe B.

Kemudian di tanggal 1 Mei 2011 rumah sakit ini menjadi rumah sakit pendidikan terutama sebagai wadah dalam melatih calon dokter umum mahasiswa kedokteran Unissula. Tempat tersebut namanya ITH (*Islamic Teaching Hospital*) yang berlokasi di gedung B tepatnya berada di lantai 2 yang berdekatan dengan Baitus Salam, lantai 3 yang berdekatan dengan Baitun Nisa ,dan lantai 4 yang berdekatan dengan Baitul Izzah (Fitria, 2013).

Pada 16 Juli 2014 rumah sakit ini berhasil lulus tingkat paripurna oleh Dr.dr. Sutoto, M.Kes sebagai ketua komite akreditasi rumah sakit. Lulus paripurna disini artinya semua jenis layanan yang ada di rumah sakit ini telah lulus dengan nilai yang baik dari penilaian tim akreditasi. Kemudian, di tanggal 26 September 2017 rumah sakit ini ditetapkan sebagai rumah sakit syariah pertama di Indonesia. Selain itu pada tanggal 23 *June* 2018 kedua kalinya rumah sakit ini mendapatkan sertifikasi halal pada instalasi gizi dan sertifikasi status sistem jaminan halal dari LPPOM MUI. Dengan adanya sertifikat halal, pasien tidak perlu khawatir dalam mengkonsumsi makanan, minuman, maupun snack yang diolah dari instalasi gizi. Pada tahun 2018, rumah sakit ini juga membangun cabang rumah sakit di wilayah Banjarbaru,

Kalimantan Selatan dan baru saja dioperasikan pada 12 April 2021.

(<https://rsisultanagung.co.id/v2015/profil/sejarah/> , diakses tanggal 18 Juni 2021)

2.1.2 Moto, Visi, dan Misi

A. Moto

“Mencintai Allah menyayangi sesama”

B. Visi

Rumah sakit islam terkemuka dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan pembangunan peradaban islam menuju masyarakat sehat sejahtera yang dirahmati Allah.

C. Misi

1. Menjiwai mencintai Allah menyayangi sesama dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang selamat menyelamatkan.
2. Dalam rangka membangun generasi khaira ummah diselenggarakannya pelayanan pendidikan.
3. Peradaban islam dibangun untuk mencapai masyarakat sehat sejahtera yang dirahmati Allah.
4. Dengan standard yang tertinggi untuk mengembangkan pelayanan kesehatan maupun penelitian dan pengembangan ilmu kedokteran.

5. Fasilitas sarana dan prasarana yang dimiliki dikembangkan sedemikian rupa berdasarkan visi rumah sakit.
6. Mengembangkan tingkat kreativitas mahasiswa dalam melakukan magang di rumah sakit dan memetakan sesuai bidangnya masing – masing.

D. Values

1. Integritas
2. Profesional
3. Kasih sayang
4. Kerja sama
5. Inovatif

E. Jenis Pelayanan yang Tersedia di RSI Sultan Agung

1) Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan di rumah sakit ini dibagi menjadi tiga tempat yaitu: (1) gedung D pelayanannya terdiri dari poli kulit dan kelamin, poli THT, poli bedah (bedah digestive, onkology, syaraf, dan thorax), (2) gedung MCEB pelayanannya terdiri dari poli umum, poli penyakit dalam, poli jiwa, poli bedah urology, poli anak, poli jantung, dan poli mata, (3) gedung A terdiri dari poli syaraf, poli gigi dan mulut, poli obgyn, instalasi bedah sentral, dan IGD. (Wulan, 2019)

2) Pelayanan Rawat Inap

Untuk pelayanan rawat inap dibagi menjadi tiga wilayah dengan nama yang berbeda juga di setiap lantainya diantaranya sebagai berikut:

Gedung B juga memiliki ruang rawat inap, biasanya digunakan untuk menampung pasien kelas dua dan kelas tiga. Lantai dua disebut baitus salam, lantai tiga disebut baitunnisa, dan lantai empat disebut baitul izzah.

Gedung C terdapat rawat inap yang dulunya sebagai tempat pasien penyakit jiwa namun sekarang digunakan sebagai ruang rawat pasien covid – 19. Ruangan ini disebut baitul rijal. Selain itu juga terdapat hemodialisa, ruang jenazah, farmasi rawat inap, dan instalasi gizi.

Gedung D pada saat ini rawat inapnya digunakan untuk menangani pasien covid – 19 kelas satu yang mana satu ruang berisi dua tempat tidur. Lantai dua bernama baitul athfal, lantai tiga bernama baitus syifa, lantai empat bernama baitul ma'ruf.

Gedung MCEB memiliki ruang rawat inap kelas satu dan kelas dua. Lantai 3 namanya darul muqamah, lantai 4 namanya Darussalam, lantai 5 namanya ruang ma'wa. Berlanjut ke lantai 6 disebut ruang naim, lantai 7 disebut ruang adn, dan yang terakhir lantai 8 disebut ruang firdaus. Lantai tiga sampai lima termasuk rawat inap kelas dua, sedangkan lantai enam dan tujuh termasuk ruang VIP, serta di lantai delapan untuk ruang VIP dan VVIP.

3) Unit Penunjang

Tidak hanya rawat inap dan rawat jalan saja, tentunya rumah sakit ini juga memiliki unit penunjang yang tak kalah pentingnya. Menurut (Wulan, 2019), unit – unit tersebut yaitu:

- (1) Radiologi terdiri dari radiologi, USG, sinar X-ray, CT-Scan, USG 4D.

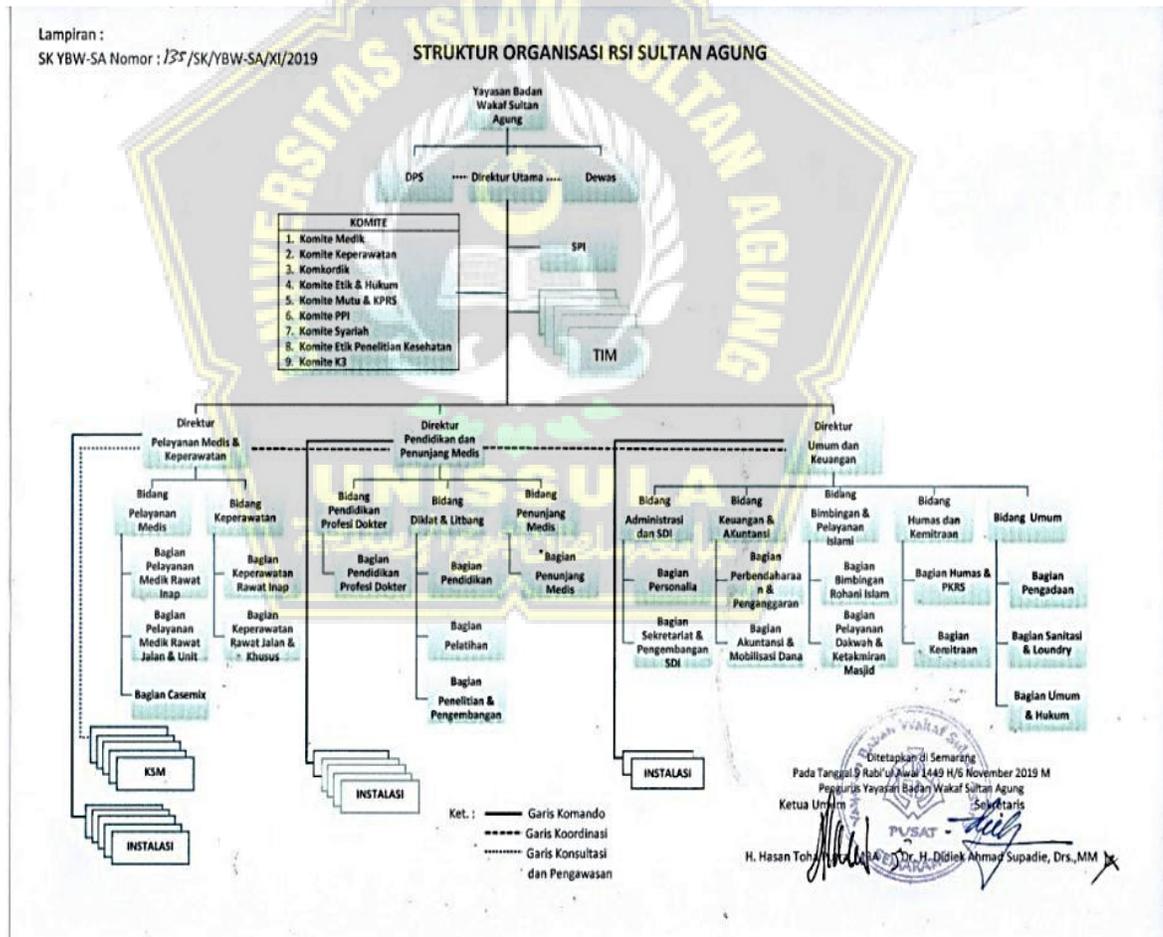
- (2) Laboratorium terdiri dari hematologi, bakteriologi, parasitology, serologi, patologi anatomi, kimia klinik, urin analisa, tes narkoba, tes HIV, bank darah.
 - (3) Instalasi farmasi terdiri dari segala jenis obat yang diperlukan pasien baik dengan resep dokter maupun tanpa resep dokter, selain itu melayani konsultasi obat, dan menjual alat kesehatan habis pakai seperti masker oksigen infuse set, thermometer.
 - (4) Instalasi gizi tidak hanya menyiapkan sajian untuk pasien rawat inap, namun juga menerima konsultasi gizi untuk pasien rawat jalan.
 - (5) Rehabilitasi medic menerima pelayanan fisioterapi, dan konsultasi dokter rehabilitasi medic
 - (6) EKG (*elektro kardio gram*) merupakan alat yang digunakan untuk mendeteksi riwayat serangan jantung, mengetahui fungsi jantung, memeriksa kondisi jantung.
 - (7) EEG (*elektro ensefalo gram*) merupakan alat yang digunakan untuk mengetahui kegiatan otak melalui gelombang otak yang ditangkap oleh alat ini, dan untuk mendeteksi adanya kelainan dalam otak manusia.
- 4) Pelayanan Kesehatan Lainnya

Pelayanan tersebut yaitu pelayanan mobil ambulance, promosi kesehatan rumah sakit, pelayanan home care, pelayanan keluarga berencana, pemeriksaan kesehatan, pelayanan medico legal, pelayanan *visum et repertum*, pelayanan bakti sosial ke masyarakat, medis operasi wanita (pasang dan lepas *norplant*).

5) Unggulan

Rumah sakit ini memiliki beberapa unggulan diantaranya yaitu *cardiac center*, pusat *dental*, pusat *diabetic*, pusat ENT, pusat *eye*, pusat *stroke*, pusat *fertility*, pusat *geriatric*, pusat *hemodialisa*, *integrated clinic of specialist*, *lasik center*, *pain center*, *oncology center*, *rehab medik*, *skin center*, dan *urologi center*.

F. Struktur Organisasi



Gambar 2. 1 Struktur Organisasi RSISA

Dalam struktur organisasi akan difokuskan dalam bagian akuntansi, mobilisasi dana, dan keuangan. Hal itu dikarenakan penulis melakukan magang hanya dibagian tersebut. Berikut di bawah ini merupakan jobdesknya masing – masing:

a) Akuntansi dan Mobilisasi Dana

1. Melakukan verifikasi penerimaan pendapatan tunai ke dalam SIM RS.
2. Melakukan pencarian data pendapatan tunai jika ada yang tidak sesuai antara rekap kasir dengan data kwitansi maupun penerimaan lainnya.
3. Melakukan verifikasi pembelian barang farmasi ke SIM RS.
4. Persiapan membuat SPMU.
5. Menyiapkan faktur barang farmasi yang akan jatuh tempo.
6. Melakukan cash opname bersama bagian keuangan bulanan beserta membuat berita acara.
7. Mengkoordinasi pengeluaran kas dengan bagian keuangan.
8. Melakukan verifikasi bukti kas keluar dengan rekap pengeluaran kas.
9. Melakukan transaksi jurnal manual pengeluaran kas yang belum terakomodir di SIM RS.
10. Melakukan rekonsiliasi bank.
11. Memverifikasi faktur pembayaran utang farmasi yang sudah diinkaso.
12. Mengolah data klaim BPJS ketenagakerjaan menjadi data costing.
13. Melakukan validasi berkas klaim BPJS ketenagakerjaan.
14. Penyusunan klaim BPJS ketenagakerjaan.

15. Mengambil berkas klaim di bagian keuangan.
16. Distribusi berkas klaim.
17. Mengumpulkan pembayaran klaim.

b) Keuangan

b.1 Front Office

1. Membuka program kasir.
2. Mengecek pembayaran pasien dengan melayani pembayaran pasien RJ maupun RI secara tunai atau bank.
3. Menerima pembayaran lain – lain terkait pendapatan RS.
4. Menerbitkan kwitansi.
5. Menerima SIP, memastikan pembiayaan akomodasi dan transfer RJ (Rawat Jalan) sesuai prosedur .
6. Menerima hasil koding dari petugas AP.
7. Melakukan validasi data pembayaran pelayanan dan memastikan semua transaksi sudah selesai.
8. Menutup transaksi pasien yang sudah melakukan pembayaran.
9. Menerbitkan rekap laporan transaksi tiap akhir shift kerja.
10. Melaporkan, menyetorkan penerimaan dan pendapatan harian ke bagian bendahara penerimaan.
11. Menutup program kasir.

b.2 Back Office

1. Menerima laporan transaksi kasir dari lokasi masing – masing kasir.
2. Menerima setoran uang fisik dari masing – masing kasir.
3. Melakukan verifikasi pada data penerimaan dari masing – masing kasir.
4. Mencocokkan uang dengan laporan yang diterima dari masing – masing kasir.
5. Membuat buku bantu kas dan bank untuk mencatat transaksi penerimaan.
6. Membuat buku bantu kas dan bank untuk mencatat transaksi pengeluaran.
7. Mengontrol pengeluaran uang secara tunai maupun bank dan membukukannya.
8. Melakukan cash opname bersama bagian akuntansi
9. Memastikan tercukupi dana kas di tangan dan kas di bank untuk operasional harian
10. Membuat rekap bon sementara.
11. Menginput rekap PPN atas faktur pembelian
12. Menghitung PPh dokter dan karyawan
13. Membuat modal untuk kasir.

2.2 Aktivitas Magang

Aktivitas magang yang penulis lakukan selama tiga bulan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dibagi jadi tiga sesi, yakni (1) bulan April di bagian akuntansi, (2) bulan Mei di bagian keuangan, (3) bulan Juni di bagian akuntansi kembali.

Pada bagian akuntansi terdapat pemecahan tugas, yaitu terdapat bagian klaim piutang BPJS ketenagakerjaan, bagian *daily cash*, bagian piutang karyawan, dan pendapatan, bagian klaim utang farmasi dan non farmasi, serta bagian mobilisasi dana. Rangkuman kegiatan yang penulis lakukan selama di akuntansi, sebagai berikut: Saat ditempatkan di bagian pengelolaan klaim piutang BPJS ketenagakerjaan, penulis menyusun kelengkapan dokumen pasien, mencetak kwitansi yang akan dilampirkan sebelum faktur piutang, membuka website BPJS untuk menyalin data pasien ke excel dari halaman 5 – 43. Selain itu, penulis juga mencocokkan rekening koran transaksi bank BCA dan bank mandiri, menginput data pasien BPJS ketenagakerjaan ke excel yang didahului dengan mengecek kelengkapan dokumen pasien, namun apabila ada yang tidak lengkap maka untuk melengkapinya dengan mengambil dokumen pasien ke bagian laboratorium, dan RM (rekam medis). Ketika ditempatkan di bagian *daily cash*, penulis melakukan input akun – akun beserta saldo *daily cash* pada excel untuk membuat SPMU, menghapus BS, dan kembali BS, memasukkan beberapa akun yang masuk ke dalam bank seperti PPh, listrik, dan gaji. Ketika semua sudah diinput sampai tanggal transaksi akhir bulan, kemudian dicetak. Selain itu memberi nomor urut pada rekap dan dokumen supplier beserta mencocokkan nominal dengan bukti – bukti pendukungnya, dan mencatat berita acara setelah melakukan cash opname. Pindah di bagian klaim utang farmasi dan non farmasi, mencocokkan kesesuaian nominal yang ada di daftar inkaso via BNI tanggal 3 Juni 2021 dengan faktur penjualan maupun faktur pajaknya. Saat disini penulis praktik melakukan pembuatan SPMU, memverifikasi barang masuk dalam

sistem SIM RS, mengurutkan dokumen non farmasi berdasarkan nama supplier, mencetak rekap pembayaran farmasi, dan diajarkan cara menginput transaksi retur. Setelah itu pindah di bagian piutang karyawan dan pendapatan rumah sakit, penulis bertugas mengurutkan faktur sesuai nomor dan sesuai kode FJ, RI, dan FU. Selain itu juga menginput di excel untuk memverifikasi pendapatan kasir. Kemudian juga menjumlahkan penerimaan tunai kasir untuk mengecek antara uang yang diterima sudah sesuai atau belum. Ditunjukkan juga cara menginput jurnal manual pada transaksi yang belum tersistem. Beberapa hari kemudian penulis pindah di bagian mobilisasi dana, pekerjaan yang dilakukan diantaranya mengambil dokumen di kasir – kasir, mengecek kelengkapan dokumen pasien kemudian mendistribusikan sesuai keperluan bagian yang membutuhkan. Menyiapkan dokumen – dokumen yang siap klaim untuk dikirim ke asuransi terkait.

Sedangkan bagian keuangan dipecah menjadi dua bagian yaitu front office (bagian kasir) dan back office (bagian bendahara penerimaan, bendahara pengeluaran dan perpajakan). Rangkuman kegiatan penulis selama di bagian keuangan sebagai berikut:

Pada bagian kasir SEC dan gedung D, penulis melakukan praktik menagihkan uang yang harus dibayar pasien umum melalui tunai atau gesek. Mengambil modal di bagian bendahara, menerima sekaligus mengecek kelengkapan dokumen pasien asuransi. Melakukan proses menangani pasien rawat jalan, mulai dari memasukkan nomor RM pasien, klik bayar secara tunai atau bank, cetak rekap, dan cetak kwitansi kemudian tutup transaksi, selain itu juga diajarkan cara menerima telepon, menangani

transaksi pasien rawat inap, dan membuat laporan kas kasir. Berbeda halnya untuk kasir basement, disini penulis melakukan klaim piutang pasien JKN kemenkes mulai dari menerima data dari bagian *coding* kemudian menginput data hingga tutup transaksi. Setelah itu melakukan bridging untuk menyimpan di file sharing dan file arsip. Waktu luang diisi dengan melakukan transfer tagihan pasien rawat jalan ke pasien rawat inap. Selain itu, penulis juga diajarkan cara melakukan klaim pasien ruber (pasien yang dalam sehari melakukan dua pemeriksaan sekaligus). Tidak hanya itu, penulis juga diajak untuk mencari dokumen pasien yang kurang lengkap dengan mencatatnya di kertas tracer, dan praktik melakukan klaim kemenkes covid-19.

Di bagian back office, penulis mencocokkan nominal yang ada di laporan pendapatan penyelesaian kas kasir dengan yang ada di kwitansi, faktur rekap, faktur detail, memberi kode bank jika ada transaksi transfer atau gesek atm kemudian menginput daily cash excel, mencocokkan uang yang diterima bendahara penerimaan dengan yang di buku setoran, jika totalnya sama, uangnya disetorkan ke bank dengan kliring. Praktik membuat daily cash pengeluaran, dan menambahkan total pengeluaran beruntun menggunakan mesin kalkulator printer. Selain itu, penulis juga melakukan input PPN masukan di excel sebanyak tiga bundle (daftar inkaso via BNI syariah tanggal 20 Mei 2021), penulis juga merapihkan uang koin Rp 100 dan Rp 200 sebanyak 1 box dikemas dalam satu *plastic*, yang mana disetiap *plastic* sejumlah 100.000 rupiah.

BAB III

IDENTIFIKASI MASALAH

3.1 Identifikasi Masalah

Sudah banyak orang mengalami kematian karena telat dalam penanganan penyakit jantung. Pada tahun 2012, penyakit jantung menjadi penyebab kematian sekitar 17 juta kasus dari seluruh kematian di dunia, terutama di negara maju dan berkembang menurut WHO dalam (Lakoan et al., 2019). Penyakit jantung, hipertensi, dan stroke tingkat kematiannya mencapai 31,9%, sedangkan akibat penyakit kardiovaskuler mencapai 6 sampai 12% (Riskesdas tahun 2007 dalam (Lakoan et al., 2019)). Oleh karena itu kesehatan dalam menjaga jantung penting dilakukan, dengan menerapkan pola hidup sehat, dan rutin melakukan pemeriksaan di rumah sakit terdekat. Masyarakat dapat memeriksakan kesehatannya sesuai dengan kelas hak perawatan masing – masing yang ada dalam program BPJS. Menurut (Mardiah, 2016) dengan adanya pembiayaan jaminan kesehatan nasional, masyarakat dipermudah dalam mengakses pelayanan kesehatan, yang awalnya berupa pembayaran FFS (*Fee for Services*), kini berubah menjadi klaim berdasarkan INA-CBG (*Indonesia Case Base Groups*).

Rumah sakit ini memiliki sekitar 90% pasien BPJS. Saat pasien melakukan pemeriksaan kemudian baik dokter maupun perawat menginput diagnosa, tindakan, obat dan sebagainya sesuai kebutuhan pasien, sehingga dapat menjadi filter utama dalam mengurangi kerugian dari selisih tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG

apabila pemeriksaan tersebut efisien dan efektif. Kemudian, coder melakukan grouping kode diagnosa, tindakan yang telah diinput melalui sistem yang setelah itu akan muncul tarif INA-CBG, sedangkan bagian akuntansi membuat tarif rumah sakit yang mana didalamnya termasuk laba dan biaya yang sudah ditetapkan dan bagian kasir basement yang melakukan klaim piutang BPJS kesehatan.

Namun seringkali saat melakukan klaim BPJS, tarifnya jauh dibawah tarif rumah sakit. Melalui klaim tersebut dapat menghasilkan selisih negatif yang dapat merugikan rumah sakit maupun selisih positif yang dapat menguntungkan rumah sakit. Oleh karena itu, untuk mengetahui hal tersebut maka perlu adanya suatu analisis secara langsung, yang mana penulis ingin menjadi tahu apa saja perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit, apa saja penyebab kerugian dari selisih tarif , mengetahui sejauh mana rumah sakit mengatasi selisih rugi dan dampak yang dihasilkan dari selisih tarif tersebut. Yang mana dapat diketahui juga bahwa pasien jantung di rawat inap yang terlihat di lampiran 10 menjadi urutan kedua dengan selisih negatif terbanyak setelah spesialisasi bedah.

BAB IV

KAJIAN PUSTAKA

4.1 RSI Sultan Agung Semarang Bekerjasama dengan BPJS

Perjanjian kerjasama antara BPJS dengan fasilitas kesehatan telah disepakati oleh kedua pihak. Kedua belah pihak yang saling sepakat harus dapat menjalankan beberapa hal yang sudah ditetapkan yang terdapat dalam perjanjian BPJS nomor 1019/KTR/IV-01/1220 dengan RSI Sultan Agung Semarang nomor 6041/PKS/RSI-SA/XII/2020 yang telah ditetapkan beberapa peraturan yang telah disepakati antara kedua pihak (pihak kesatu atau pertama “BPJS”, pihak kedua “RSISA”) tentang pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan yang dapat dilihat di lampiran 9. Berikut di bawah ini beberapa aturan tersebut:

A. Pasal 4: Hak dan Kewajiban Para Pihak

1) Hak Pihak Kesatu

- a) SDM (Sumber Daya Manusia) klinis dan sarana prasarana dari pihak kedua berhak didapatkan data dan informasinya;
- b) Informasi yang didapatkan dalam hal pelayanan pada peserta seperti resume medis dan dapat melihat rekam medis pasien seperlunya tanpa menggunakan alat dokumentasi/foto/fotocopi sesuai aturan undang - undang di tempat pihak kedua didampingi oleh pihak yang berwenang yaitu Direktur/ Pimpinan pihak kedua;

- c) Dalam rangka upaya pembinaan dalam perjanjian ini yang melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan PERSI wilayah akan memberikan teguran dan/ atau peringatan tertulis ketika terjadi penyimpangan pada pelaksanaan kewajiban pihak kedua;
 - d) Jika pihak kedua tak menanggapi secara tertulis pada peringatan dan/atau teguran yang disampaikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, PERSI sekitar maka perjanjian ini ditinjau kembali;
 - e) Memverifikasi tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan dari pihak kedua;
 - f) Dalam hal yang berhubungan dengan pemeriksaan perlu dilakukan audit dari pihak pertama pada klaim yang sudah dibayarkan ke pihak kedua;
 - g) Sesuai dengan ketentuan undang – undang yang berlaku jaminan perlindungan akan didapatkan;
 - h) Informasi dari pihak kedua yang didapatkan yaitu Peserta Jaminan Kesehatan yang meninggal.
- 2) Kewajiban Pihak Kesatu
- a) Informasi yang berhubungan dengan kepesertaan, pembayaran, proses pelayanan kesehatan, tata cara klaim saat diajukan, memberi umpan balik data utilisasi pelayanan kesehatan, dan mekanisme kerja sama disediakan dan diberikan terjadap pihak kedua;

- b) Berita acara kelengkapan berkas klaim akan dikeluarkan paling lambat 10 (sepuluh) hari kalender ketika klaim diberikan pada pihak kedua dan diterima oleh pihak pertama. Apabila berita acara berkas klaim yang lengkap tidak dikeluarkan oleh pihak pertama kurun waktu 10 (sepuluh) hari sehingga akan dinyatakan lengkap;
- c) Wajib memberikan pendapat yang gamblang saat terjadi klaim pending;
- d) Alasan yang akurat dan jelas wajib diberikan ketika terjadi pembayaran klaim yang terlambat serta denda dari keterlambatan dibayar berdasarkan peraturan undang – undang dalam pasal 13 ayat (8) di sini;
- e) Pihak pertama membayar klaim yang diajukan dari pihak kedua dan sudah diverifikasi paling lama 15 (lima belas) hari saat munculnya berita acara berkas klaim yang lengkap maupun ketika ketentuan yang ada di ayat (2) huruf b terpenuhi. Namun jika pembayaran tiba di hari libur maka pembayarannya dijalankan dihari kerja selanjutnya.
- f) Rekrendensialing atau penilaian kinerja bersama Dinas Kesehatan dilakukan secara berkala serta mengevaluasi dan menilai pelayanan kesehatan dari pihak kedua;

- g) Sosialisasi ketentuan dan prosedur pada *stakeholder* terikat/ pihak yang berkepentingan serta koordinasi dengan pihak kedua secara berkala yang berkaitan dengan Jaminan Kesehatan;
- h) Data informasi peserta perlu dirahasiakan dalam prosedur pelunasan klaim;
- i) Kekurangan bayar wajib dibayar berdasarkan hasil audit internal maupun eksternal, audit administrasi klaim, dan/ atau verifikasi setelah klaim yang sudah disepakati oleh para pihak;
- j) Nama baik pihak kedua dijaga dengan baik;
- k) Sesuai peraturan perundang – undangan dibentuk Tim Pencegahan Kecurangan JKN;
- l) Dalam hal proses pendaftaran pelayanan Peserta JKN – KIS, pihak pertama mempersiapkan aplikasi untuk pihak kedua seperti mencetak surat eligibilitas yang selanjutnya melakukan integrasi dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM – RS) yang hanya berurusan dengan administrasi klaim pihak kedua;
- m) Bersama pihak kedua menyelenggarakan pelayanan penanganan pengaduan peserta;
- n) Dalam 1 bulan menerima pengajuan klaim pihak kedua dengan ketentuan teknis yang diatur dalam lampiran perjanjian diantaranya 1 (satu) kali penyajian klaim regular, 1 (satu) kali penyampaian klaim susulan dan 1 (satu) kali pengajuan klaim pending;

- o) Menjalankan prinsip *Good Corporate Governance* serta mempunyai kebijakan/ pedoman.
- 3) Hak Pihak Kedua
- a) Informasi yang didapatkan mengenai kepesertaan, pelunasan, prosedur pelayanan kesehatan, tata cara pengajuan klaim dan sistem kerja sama;
 - b) Pelunasan klaim diperoleh paling lambat 15 (lima belas) hari saat dokumen klaim diterima lengkap dari pelayanan kesehatan yang diberikan ke peserta;
 - c) Dalam rangka tata kelola administrasi yang berkaitan dengan sistem informasi manajemen pelayanan yang berlaku, yang mana pihak kedua mendapatkan informasi dan aplikasi (*software*);
 - d) Klarifikasi informasi yang diberikan pada pertimbangan verifikasi dan audit dari pihak pertama;
 - e) Kekurangan pembayaran diterima apabila terjadi pelunasan yang kurang menurut hasil audit dari auditor eksternal dan auditor internal yang mengawasi pihak pertama;
 - f) Ketika uraian dan informasi sudah diberikan seperti dalam huruf d di atas, berdasarkan ketentuan perundang – undangan yang mana jika belum ada kesepakatan antara para pihak maka penyelesaian dapat diajukan bersama hirarki penyelesaian;

- g) Teguran yang diterima dari pihak pertama direspon dengan memberikan uraian dan jawaban secara tertulis;
 - h) Adanya penambahan cakupan pelayanan yang belum tersedia dapat diusulkan di perjanjian, setelah itu mekanismenya dilakukan sesuai dengan pasal 3 ayat (2) Perjanjian ini.
- 4) Kewajiban Pihak Kedua
- a) Tidak meminta pungutan pada peserta jaminan kesehatan diluar ketentuan yang ada, melayani peserta sesuai ketentuan yang berlaku bagi pihak kedua dengan baik berdasarkan *standard* profesi dan *standard* servis kedokteran, serta proses servis kesehatan;
 - b) Sesuai ketentuan undang – undang, program jaminan kesehatan dilaksanakan dan didukung;
 - c) Jaringan komunikasi data maupun *hardware* disiapkan sesuai spesifikasi yang sudah ditentukan;
 - d) Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM – RS) disediakan yang mana sudah memenuhi persyaratan dari pihak pertama serta mudah diakses bagi peserta dalam hal prosedur administrasi pelayanan peserta JKN – KIS, selanjutnya akan dipakai pada rancangan integrasi dengan aplikasi pihak pertama.
 - e) Informasi ketersediaan ruang rawat inap untuk perawatan biasa (umum) maupun khusus (*Intensive*) yang bisa diakses oleh peserta dan fasilitas kesehatan, selain itu juga menyediakan data dan kabar

lainnya disediakan seperti SDM Klinis, sistem antrian , sarana prasarana, peralatan medis, jadwal tindakan medis operatif dan informasi lainnya yaitu memberi resume medis yang dibutuhkan dalam menindaklanjuti hasil audit dan/atau verifikasi setelah klaim yang dapat dilihat pihak pertama sesuai dengan ketentuan undang – undang;

- f) Ketika auditor internal maupun auditor eksternal mengaudit pihak pertama berdasarkan aturan undang – undang selanjutnya benar adanya kelebihan bayar sehingga pihak kedua wajib mengkonfirmasi dan mengembalikan kelebihannya;
- g) Pihak kedua memfasilitasi unit yang mempunyai fungsi penanganan pengaduan peserta jaminan kesehatan dan pelayanan informasi tentang layanan peserta;
- h) Peserta, petugas, dan pengunjung menerima jaminan perlindungan dari pihak kedua dalam hal kesehatan, keamanan, dan keselamatan bagi berdasarkan undang – undang yang berlaku;
- i) Nama baik (reputasi) pihak pertama dijaga dengan baik;
- j) Dibentuk satuan tugas pencegahan kecurangan JKN sesuai aturan undang – undangan;
- k) Pada jangka waktu lama atau seterusnya dari pihak kedua akan memberikan informasi kepada peserta dan pihak pertama saat terjadi sebagian operasional pelayanan kesehatan yang dikurangi

atau dihentikan sehingga peserta tidak lagi bisa mendapatkan pelayanan tersebut

- l) Bertanggung jawab terhadap kebenaran data dari laporan rutin setiap bulan yang diberikan pada pihak pertama dalam hal peserta Jaminan Kesehatan meninggal dunia;
- m) Mempunyai kebijakan/ pedoman dan menjalankan prinsip *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*;
- n) Memberikan pakta integritas single login bagi setiap user yang berwenang melaksanakan operasional sistem informasi milik pihak pertama dan memberitahukan secara tertulis apabila terdapat pergantian user pihak kedua.

4.2 BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

BPJS telah menjadi sarana bagi masyarakat yang ingin melakukan pemeriksaan pada fasilitas kesehatan dengan menggunakan akses melalui kartu BPJS. Terdapat aturan yang mengatur tentang BPJS bertumpu pada UU nomor 24 tahun 2011 dalam (Buiatria, 2011). Berikut di bawah ini terdapat beberapa aturan yang sudah ditetapkan, yaitu:

- a) Pasal 1 ayat 1 : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.

- b) Pasal 3 : BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/ atau anggota keluarganya.
- c) Pasal 5 ayat 1 : Berdasarkan Undang – Undang ini dibentuk BPJS.
- d) Pasal 5 ayat 2 : BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
 - a. BPJS Kesehatan; dan
 - b. BPJS Ketenagakerjaan.
- e) Pasal 9 ayat 1 : BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 ayat (2) huruf a berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- f) Pasal 10 : BPJS mempunyai tugas diantaranya
 - a. melakukan dan/ atau menerima pendaftaran peserta;
 - b. memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
 - c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
 - d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
 - e. mengumpulkan data Peserta program Jaminan Sosial;
 - f. membayarkan Manfaat dan/ atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
 - g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.
- g) Pasal 11 : BPJS juga memiliki wewenang diantaranya
 - a. Meminta pelunasan iuran;

- b. Ditempatkan untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan meninjau aspek solvabilitas, likuiditas, kehati – hatian, keamanan dana, dan hasil yang memuaskan berasal dari dana jaminan sosial;
- c. Pemeriksaan dan pengawasan dilakukan yang berhubungan dengan kepatuhan peserta dan pemberi kerja untuk memenuhi kewajiban sesuai yang tertuang dalam undang – undang jaminan sosial nasional;
- d. Besarnya pembayaran fasilitas kesehatan berdasarkan standar tarif yang ditetapkan Pemerintah dibuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan;
- e. Kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan dapat dibuat maupun dihentikan;
- f. Apabila kewajiban tidak dipenuhi maka akan dikenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja;
- g. Sesuai dengan ketentuan undang – undang, instansi yang berwenang menerima laporan dari pemberi kerja tentang tidak patuh dalam membayar Iuran atau memenuhi kewajiban lain; dan
- h. Kerja sama dengan pihak lain dilakukan dalam menyelenggarakan jaminan sosial.

4.3 INA-CBG (*Indonesia Case Base Groups*)

(Kementrian Kesehatan RI, 2016) dalam peraturan menteri kesehatan nomor 76 tahun 2016 mengenai pedoman INA CBG dalam pelaksanaan JKN sudah ditetapkan sejak 26 Oktober 2016 yang menjadi dasar bagi BPJS kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dan pihak lain dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan terkait dengan metode pembayaran INA-CBG. Dalam mengimplementasikan JKN untuk mendorong peningkatan mutu, layanan berorientasi pasien, efisiensi dengan tidak memberikan *reward* pada *provider* yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event*, dan mendorong pelayanan tim yang mana pembiayaan kesehatan di fasilitas kesehatan didapatkan melalui pelunasan dari asuransi kesehatan atas pelayanan kesehatan yang dialokasikan ke peserta.

Implementasi JKN sejak 1 Januari 2014 pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) menggunakan sistem INA-CBG yang menjadi metode pembayaran baik pelayanan rawat inap maupun rawat jalan. Berikut ini terdapat beberapa pengertian yang berkaitan dengan sistem INA-CBG yang menjadi metode dalam melakukan pelunasan pada FKRTL, yaitu:

1. Jaminan kesehatan yaitu jaminan bewujud perlindungan kesehatan supaya peserta baik yang membayar iuran atau iuran yang dibayar pemerintah mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan.

2. BPJS Kesehatan yakni badan hukum yang dibuat untuk menjalankan program jaminan kesehatan.
3. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua berupa fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
4. Fasilitas kesehatan merupakan upaya pemerintah, pemerintah daerah maupun masyarakat pada fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam pelayanan kesehatan perorangan berupa promotif, preventif, kuratif maupun *rehabilitative*.
5. Klinik utama atau setaranya, rumah sakit umum, maupun rumah sakit khusus adalah bagian dari FKRTL.
6. Pelayanan kesehatan RTL merupakan usaha pelayanan kesehatan perorangan yang sifatnya spesialisik maupun sub spesialisik seperti rawat inap tingkat lanjutan, rawat jalan tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang rawat khusus.
7. Pelayanan kesehatan darurat medis yaitu kemampuan fasilitas kesehatan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan dengan andal untuk mencegah keparahan dan/ atau kecacatan maupun kematian.
8. Pelayanan kesehatan yakni servis kesehatan komprehensif yang terdiri dari pelayanan kesehatan kuratif, promotif, *rehabilitative*, preventif, darurat medis, kefarmasian dan/ atau penunjang.

4.4 Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

Melalui sistem jaminan kesehatan nasional (JKN), masyarakat Indonesia bisa mendapatkan fasilitas kesehatan, dengan begitu secara merata masyarakat mendapatkan jaminan kesehatan yang layak. Dapat diketahui bahwa JKN merupakan suatu asuransi kesehatan yang tidak mementingkan profit, namun lebih mengedepankan pada pelayanan kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat. Program JKN yang berguna untuk memberi perlindungan kesehatan berwujud manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka melengkapi kebutuhan dasar kesehatan pada setiap orang yang sudah membayar iuran atau JKN non PBI maupun iuran yang dibayar pemerintah atau JKN PBI. Penyelenggaraan JKN menganut pada prinsip SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) berdasarkan UU nomor 40 tahun 2004 dalam (Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia, 2014) yaitu:

1. Kegotongroyongan

Dalam SJSN, prinsip gotong royong dapat terbentuk karena kepesertaannya bersifat wajib bagi seluruh penduduk artinya setiap peserta yang mampu membantu yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu peserta yang sakit.

2. Nirlaba

Secara nirlaba dana amanah yang dihimpun dari masyarakat tidak digunakan untuk mencari laba (*for profit oriented*) namun agar terpenuhi sebesar – besarnya kepentingan peserta yang dikelola oleh (BPJS Kesehatan).

3. Keterbukaan, akuntabilitas, efisiensi, efektivitas dan kehati – hatian

Seluruh kegiatan pengelolaan dana yang didapat dari iuran peserta dan hasil pengembangannya yang sebagai dasar dari prinsip manajemen.

4. Portabilitas

Jaminan yang keberlajutan diberikan pada peserta itu sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Kepesertaan sifatnya wajib

Kepesertaan ini sifatnya wajib supaya seluruh rakyat dapat terlindungi yang penerapannya akan disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

6. Dana Amanah

Dana yang dikumpulkan dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta yang berasal dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik – baiknya.

7. Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Hasilnya digunakan untuk kepentingan peserta dan pengembangan program..

4.5 Jenis – Jenis Tarif

4.5.1 Tarif Secara Umum

Tarif merupakan harga yang sesuai dengan standard yang telah ditetapkan dengan tujuan tertentu. Dengan kata lain tarif menjadi harga jual suatu produk maupun jasa. Menurut (Mulyadi, 2001, p. 79) di masa yang akan datang penentuan

harga jual berdasarkan biaya penuh dan aktiva penuh dalam keadaan normal. Rumus dalam menentukan harga jual yaitu biaya – biaya ditambah laba yang diharapkan. Berikut ini terdapat beberapa tujuan dan strategi penetapan tarif oleh Trisnatoro (2009) dalam (Dumaris, 2015), yaitu:

A. Tujuan ditetapkannya tarif:

1. Penetapan tarif untuk memulihkan biaya atau bisa dikatakan menutup biaya yang telah dikeluarkan rumah sakit.
2. Digunakan untuk subsidi silang yaitu saling menutupi kerugian pasien misalnya pasien yang mampu ekonominya dapat meringankan biaya kesehatan pasien yang ekonomi kurang mampu.
3. Akses pelayanan dapat meningkat yang artinya dengan kualitas pelayanan yang baik dapat menjangkau pasien ekonomi lemah dengan tarif yang lebih rendah.
4. Mutu Pelayanan dapat meningkat misalnya kinerja dokter terhadap pasien semakin bagus dan kualitas pelayanan meningkat melalui kelas perawatan seperti VIP, VVIP.
5. Digunakan untuk mengurangi pesaing agar tidak terjadi suatu persaingan harga untuk mencegah rumah sakit baru menjadi pesaing.
6. Penetapan tarif untuk memaksimalkan pendapatan sehingga keuntungan akan semakin meningkat yang biasanya terjadi pada satu rumah sakit (monopoli).

7. Digunakan untuk mengurangi pemakaian pada alat kesehatan yang bernilai tinggi (bahan yang terbatas/ susah dicari), mengurangi penggunaan pelayanan sehingga dapat membuat tarif ditetapkan tinggi.
8. Digunakan untuk memberi image yang bagus pada non pasien maupun pasien yang merasakan pelayanan langsung di rumah sakit yang secara tidak langsung dapat meningkatkan penilaian di masyarakat.

B. Strategi penetapan tarif:

1. Orientasi pada biaya artinya semua biaya – biaya yang dikeluarkan rumah sakit menjadi strategi dalam penetapan tarif.
2. Permintaan pasien yang meningkat dapat menjadi dasar dalam menentukan tarif.
3. Rumah sakit dalam menentukan tarif juga melihat persaingan pasar yang terjadi sehingga kesenjangan harga tidak terlihat begitu mencolok.

4.5.1.1 Penentuan Harga Jual (Tarif) Pada Perusahaan Jasa

Sebelum menentukan tarif terlebih dahulu mengetahui perhitungan unit cost dengan sistem ABC (*Activity Based Costing*). Menurut (Bastian, 2008) sistem ABC sebagai metode perhitungan biaya produk, biaya – biaya lain yang bisa ditemui di perusahaan jasa, manufaktur, dan retail. Tidak hanya menghitung biaya produk atau jasa, namun juga dapat mengurangi biaya melalui aktivitas yang dikelola dalam sistem ABC. Sistem ABC diterapkan

dalam menghitung unit cost. Cara menghitung rumus biaya total rumah sakit yaitu:

Biaya = biaya pelayanan dokter + biaya pelayanan laboratorium + biaya pelayanan rawat inap + biaya pelayanan apotek.

Kemudian, dalam menentukan tarif di perusahaan jasa, menurut (Krismiaji & Ariyani, 2019) disebut sebagai penentuan harga jual bahan baku dan waktu. Perusahaan jasa tersebut diantaranya bengkel, rumah sakit, kantor akuntan, usaha percetakan, dan sebagainya yang akan menetapkan dua tarif yaitu tarif berdasarkan BBB (Biaya Bahan Baku) yang digunakan dan tarif berdasarkan JTKL (Jam Tenaga Kerja Langsung). Caranya sebagai berikut:

1. Komponen waktu

Menghitung tarif dengan komponen waktu biasanya dalam bentuk jam tenaga kerja langsung, caranya dengan menambahkan komponen berikut: (1) biaya langsung, (2) biaya administrasi dan umum, (3) laba yang diinginkan per jam karyawan. Tarif tersebut kadang dibuat sama kadang juga berbeda, misalnya bagian administrasi baik senior maupun junior mendapatkan jatah yang sama, kalau di akuntan publik biasanya akuntan senior *fee*-nya lebih banyak daripada akuntan junior.

2. Komponen bahan baku

Menghitung bahan baku yaitu menambahkan biaya pemrosesan bahan baku dengan harga faktor bahan baku yang dipakai dalam membuat sebuah produk. Biaya dalam memproses bahan baku mencakup biaya penanganan, biaya angkut, dan biaya pemesanan kemudian dijumlah dengan margin laba pada bahan baku yang berkaitan.

Contoh: pasien kelas 1 dengan diagnosa *atherosclerotic heart diseas* diharuskan dokter untuk menginap selama empat hari di rumah sakit, akan dihitung biaya keseluruhan yang akan ditagihkan ke pasien dengan markup diatas harga faktor kurang lebih 20%. Dalam lampiran 7 terdapat hasil tarif dalam faktur detail unit keperawatan rawat inap pasien tersebut. Berikut cara menghitungnya:

Tabel 4. 5.1.1 Tarif Jasa

Keterangan	Harga	Kuan- titas	Total	Persen- tase
Cathlab				
Percutaneous Coronary Intervensi (PCI) Level 3	Rp26.582.500	1	Rp 26.582.500	
Jumlah Biaya			Rp 26.582.500	20%
ICU				
Kamar Perawatan	Rp 416.666,67	1	Rp 416.667	
Askep / Pasien	Rp 5.000,00	1	Rp 5.000	
Tindakan Keperawatan	Rp 20.833,33	1	Rp 20.833	
Pasang & Lepas Kateter	Rp 25.000,00	1	Rp 25.000	
O2 Tabung 2-4 Ltr	Rp 750.000,00	1	Rp 750.000	
Jumlah Biaya			Rp 1.217.500	20%
Jantung				
Pendaftaran Pasien Lama	Rp 12.500,00	1	Rp 12.500	

Pemeriksaan Dokter Spesialis	Rp 83.333,33	1	Rp 83.333	
Jumlah Biaya			Rp 95.833	20%
Ruang Inap Naim				
Visite Dokter Spesialis (2 kali)	Rp 75.000	2	Rp 150.000	
Kamar Perawatan (2 hari)	Rp 333.333	2	Rp 666.667	
Askep / Pasien (2 hari)	Rp 5.000	2	Rp 10.000	
Tindakan Keperawatan (2 hari)	Rp 20.833	2	Rp 41.667	
Pasang Infus Dewasa	Rp 35.833	1	Rp 35.833	
Konsultasi Dokter by Telephon (2 kali)	Rp 8.333	2	Rp 16.667	
ECG RWI & ICU	Rp 49.167	1	Rp 49.167	
Kamar Perawatan	Rp 333.333	1	Rp 333.333	
Sceren	Rp 8.333	1	Rp 8.333	
Injeksi / hari -IRNA	Rp 10.833	1	Rp 10.833	
Material Non Medik (Tas Besar Berlogo)	Rp 8.333	1	Rp 8.333	
Jumlah Biaya			Rp 1.330.833	20%
Unit Patologi Klinik dan Bank Darah				
Darah Rutin 3 (Hb,Leuko,Ht,Trombo,D iff)	Rp 165.217	1	Rp 165.217	
Gol Darah ABO RH	Rp 30.435	1	Rp 30.435	
APTT / PTTK	Rp 78.261	1	Rp 78.261	
PPT	Rp 86.957	1	Rp 86.957	
Creatinine	Rp 39.130	1	Rp 39.130	
Ureum	Rp 34.783	1	Rp 34.783	
Glukosa Sewaktu	Rp 26.087	1	Rp 26.087	
Na, K, Cl	Rp 173.913	1	Rp 173.913	
HbSAg kualitatif	Rp 39.130	1	Rp 39.130	
Rapid Test Antigen	Rp 169.565	1	Rp 169.565	
Jumlah Biaya			Rp 843.478	15%
Farmasi dan Alat Kesehatan				
Biaya Obat	Rp 6.732	471	Rp 3.170.609	

Jumlah Biaya			Rp 3.170.609	15%
Tarif dari Cathlab			Rp 31.899.000	
Tarif dari ICU			Rp 1.461.000	
Tarif dari Jantung			Rp 115.000	
Tarif dari ruang inap Naim			Rp 1.597.000	
Tarif dari unit patologi klinik dan bank darah			Rp 970.000	
Tarif dari farmasi dan alat kesehatan			Rp 3.646.200	
Total tarif yang dibebankan ke pasien			Rp 39.688.200	

Sumber: Data diolah dan disesuaikan berdasarkan (Krismiaji & Ariyani, 2019)

4.5.2 Tarif RSI Sultan Agung Semarang

Berdasarkan keputusan direktur utama nomor 06/Per/RSI-SA/I/2020 dalam buku tarif rumah sakit yang dapat dilihat pada lampiran 8 tentang penetapan tarif pelayanan kesehatan di RSISA tahun 2020 diantaranya yaitu:

- A. Pasal 1 ayat 1 – 9: ketentuan umum yang telah ditetapkan yaitu:
- 1) Segala macam tarif yang berlaku di Rumah Sakit Islam Sultan Agung ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Islam Sultan Agung dalam satu surat keputusan.
 - 2) Menambah dan/ atau mengurangi suatu jumlah pada tarif yang telah ditetapkan, harus mendapatkan persetujuan dari direktur Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
 - 3) Dokter di Rumah Sakit Islam Sultan Agung, baik berstatus dokter tetap maupun dokter mitra, diperkenankan mengurangi sebagian atau seluruh jasa medis yang menjadi haknya atas pelayanan kepada

pasien demi pertimbangan kemanusiaan atau hubungan kolega, tanpa mengurangi hak yang diperuntukkan bagi Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

- 4) Semua pembayaran atas pelayanan di Rumah Sakit, dilakukan secara terpusat di Kasir bagian Keuangan Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
- 5) Setiap pasien berhak menentukan kelas perawatan sesuai dengan kemampuannya. Akan tetapi bila kemampuan pasien ternyata lebih tinggi atau lebih rendah dari kelas perawatan yang ditempati maka Kepala Perawatan atau Pejabat lain yang ditunjuk berhak memindahkan pasien tersebut sesuai dengan kemampuannya, setelah ada komunikasi dengan pasien yang bersangkutan.
- 6) Pasien diperbolehkan memilih dokter yang diinginkan untuk memberikan pelayanan perawatan dan pengobatannya. Akan tetapi bila pasien harus dirawat oleh dokter spesialis dan tetap memilih dilayani oleh dokter umum maka tetap diperlukan dokter spesialis sesuai bidangnya sebagai konsultan.
- 7) Petugas Keuangan yang ditunjuk berkewajiban memberikan informasi secara berkala kepada keluarga pasien mengenai besarnya biaya perawatan, dan keluarga pasien dihimbau untuk memberikan angsuran biaya perawatan untuk pelayanan perawatan yang sudah diterima.

- 8) Mekanisme perhitungan tarif sesuai dengan panduan perhitungan tarif.
- 9) Jenis pemeriksaan, tindakan, dan penggunaan peralatan baru yang belum tercantum dalam daftar tarif ini akan diinformasikan kemudian dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Buku Tarif ini.

B. Pasal 2, ketentuan khusus yang telah ditetapkan yaitu:

- 1) Tarif di dalam buku ini berlaku untuk pasien umum, yang tidak dikafer pembiayaannya oleh asuransi, atau instansi lain yang telah memiliki hubungan khusus atau kerjasama tersendiri dengan Rumah Sakit Islam Sulta Agung, yang tertuang dalam suatu Perjanjian Kerjasama resmi.
- 2) Ketentuan tarif untuk pasien khusus yaitu pasien yang berasal dari keluarga besar Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung dan/ atau Badan Pelaksana lain di bawahnya, baik pegawai tetap maupun tidak tetap, para Direktur dan mantan Direktur RSISA, para mantan karyawan RSISA dan keluarga intinya, diatur dalam ketentuan tersendiri.
- 3) Direktur dapat mengambil kebijakan menyimpang dari pola tarif yang telah ditetapkan untuk kepentingan pemasaran, menjalin relasi dan tanggung jawab sosial.

- 4) Pasien yang masuk dirawat sebelum tanggal ditetapkannya Tarif 2020 ini, kepadanya berlaku ketentuan tarif lama 2014.

Selain itu juga terdapat perjanjian BPJS nomor 1019/KTR/IV-01/1220 (sebagai Pihak Kesatu atau Pihak Pertama) dengan RSI Sultan Agung Semarang nomor 6041/PKS/RSI-SA/XII/2020 (sebagai Pihak Kedua) dalam hal pelayanan kesehatan RTL (Rujukan Tingkat Lanjutan) bagi peserta program jaminan kesehatan yang dapat dilihat pada lampiran 9. Berikut di bawah ini beberapa aturan tarif pelayanan kesehatan yaitu:

A. Pasal 7 ayat 1 – 7 :

1. Melalui hasil kesepakatan tingkat provinsi dari pihak pertama dengan perwakilan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di setiap Provinsi yang menuju pada standard tarif INA-CBG yang ditetapkan oleh Menteri yang mana tarif pelayanan kesehatan di pihak kedua itu ditetapkan.
2. *Software* INA-CBG yang akan digunakan untuk mengajukan tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kelompok tarif dan regionalisasi yang berlaku wajib dipastikan oleh pihak kedua dengan pihak pertama .
3. Divalidkan tarif INA-CBG sesuai kelompok tarif Rumah Sakit kelas B dan regional tarif 1 (satu) oleh pihak kedua pada tarif pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

4. **Berdasarkan ketentuan** undang – undang, jika pada pertengahan masa berlakunya perjanjian ini terdapat perubahan kelas yang dibuktikan dengan Surat Izin Operasional yang diberikan oleh Menteri atau Pemerintah Daerah Provinsi atau Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota pada pihak kedua maka pihak pertama akan melakukan rekredensialing pada pemenuhan kriteria teknis.
5. Pihak pertama akan melaporkan kepada Menteri untuk dilakukan *review* kelas rumah sakit apabila ditemukan adanya ketidaksesuaian kelas rumah sakit berdasarkan ketentuan peraturan perundang – undangan.
6. Pembayaran klaim berdasarkan tarif INA-CBG yang berlaku sebelum pernyataan tertulis mengenai perubahan pengelompokan rumah sakit hingga terbitnya rekomendasi penetapan hasil *review* kelas rumah sakit oleh Kemetrian Kesehatan.
7. Dasar penyesuaian kontrak oleh para pihak atas hasil *review* kelas rumah sakit tertuang pada ayat (6) diatas.
8. Pihak kedua memberikan pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang mana sebagai salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket INA-CBG.

4.5.3 Tarif INA-CBG

Menurut PMK nomor 4 tahun 2017 atas perubahan kedua dari PMK nomor 52 tahun 2016 dalam (Kurniawan, 2017) dalam hal standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan dijelaskan dalam beberapa pasal diantaranya sebagai berikut:

- A. Pasal 25 ayat 2: Peserta JKN yang menginginkan kelas rawat inap lebih tinggi dari hak yang dimiliki hendaknya membayar selisih biaya/ tambahan biaya setiap komponen rawat inap dengan ketentuan:
 - a. Untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap dari kelas 3 ke kelas 2, dari kelas 3 ke kelas 1, dan dari kelas 2 ke kelas 1 hendaknya membayar selisih biaya antara tarif INA-CBG pada kelas yang lebih tinggi dengan kelas yang sesuai hak peserta.
- B. Pasal 25 ayat 5: “direktur/ kepala rumah sakit yang menetapkan ketentuan tambahan biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) huruf.”
- C. Pasal 25 ayat 6: “sebelum peserta mendapatkan pelayanan di atas kelas yang menjadi haknya, rumah sakit wajib menginformasikan ketentuan mengenai selisih biaya atau tambahan biaya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), ayat (2), atau ayat (3) kepada peserta JKN.”
- D. Pasal 25 ayat 7: “evaluasi dilakukan paling lambat satu tahun dari Peraturan Menteri ini diundangkan dalam hal ketentuan selisih biaya dan tambahan biaya pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3).”

4.6 *Clinical Pathway*

Clinical pathway dapat menjadi salah satu solusi dalam mengendalikan kerugian akibat selisih dari tarif INA CBG dengan tarif rumah sakit. Menurut (Penyusun, 2015) terdapat beberapa bahasan sebagai berikut:

Clinical pathway merupakan keadaan klinis tertentu yang dikoordinasi komite medis, alur klinis yang dibuat oleh multidisiplin terintegrasi. Dalam hal ini sebagai cara untuk menstandarisasi pelayanan yang diberikan dokter agar tidak berlebihan dalam memberikan pelayanan dalam menangani penyakit pasien maupun pemberian berbagai jenis obat sehingga penanganannya efektif dan efisien.

Clinical pathway memiliki beberapa tujuan yaitu (1) intervensi yang tidak perlu atau berbahaya dikurangi jumlahnya, (2) opsi pengobatan dan perawatan diberikan yang terbaik dengan keuntungan maksimal, (3) opsi pengobatan diberikan dengan risiko terkecil, (4) tata laksana asuhan diberikan dengan biaya yang memadai, (5) secara dini terjadinya *medication eror* harus dihindari, (6) pada keadaan klinis dan lingkungan tertentu meningkatkan mutu pelayanan.

Clinical pathway sebagai dasar untuk memberikan rincian apa saja yang dilakukan dokter terhadap kondisi klinis tertentu. Dalam *clinical pathway*, pelayanannya bersifat multidisiplin sehingga siapapun yang terlibat di pelayanan menggunakan format yang sama. Akan tetapi *outcome* penyakit dan

perjalanan klinis dalam *clinical pathway* yang dibuat bisa saja tidak sesuai dengan harapan karena: (1) tergantung pada sifat penyakit pasien, (2) terdapat ko-morbiditas atau komplikasi penyakit, (3) obat tidak ditoleransi oleh pasien, (4) terapi yang diberikan dokter tidak sesuai dengan ketentuan. Penyakit yang perjalanannya *predictable* terkhusus yang memerlukan perawatan multidisiplin bisa membuat *clinical pathway* ini efektif dan efisien.



BAB V

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

5.1 Analisis

Pada bab ini penulis menelusuri beberapa hal untuk memecahkan masalah dalam laporan magang dengan menggunakan metode deskriptif analitik. Metode ini ditelusuri dengan cara observasi, wawancara, dan mengumpulkan data. Data primer yang didapat melalui wawancara beberapa narasumber, sedangkan data sekunder didapat dari bagian akuntansi. Rumah sakit tipe B ini masuk dalam regional 1 dalam menentukan tarif yang sudah ditetapkan sebelumnya.

Data yang terkumpul dengan populasi sebanyak 2.016 pasien rawat inap dari berbagai jenis penyakit, penulis menggunakan metode *purposive* sampling untuk menentukan sampel yang akan diolah selanjutnya. Sampel yang diambil pada *cardiac center* yang menangani pasien penyakit jantung. Kemudian, sampel tersebut dipilih pada pasien dengan diagnosa primer I25.1 (*atherosclerotic heart disease*) yaitu bulan April ada 27 pasien dan Mei ada 18 pasien dengan total keseluruhan 45 pasien. Namun perlu diketahui bahwa penyakit ini menjadi penyumbang kedua selisih negatif setelah spesialisasi bedah. Oleh karena itu, tujuan penulis untuk mengetahui perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit, penyebab kerugian akibat selisih tarif tersebut dan untuk mengetahui sejauh mana rumah sakit mengatasi selisih rugi dari perbedaan tarif serta dampak yang dialami rumah sakit.

Berikut di bawah ini terdapat karakteristik umum data distribusi pasien, selisih tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit dan komponen penyusun tarif rumah sakit yaitu:

Tabel 5. 1.1 Distribusi Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Bulan		Jumlah Pasien April – Mei	Persentase
		April	Mei		
1	Laki - Laki	21	15	36	80%
2	Perempuan	6	3	9	20%
Jumlah		27	18	45	100%

Sumber: Data mentah bagian akuntansi RSISA, 2021

Berdasarkan tabel tersebut, jumlah pasien laki – laki sebanyak 36 yaitu 21 pasien bulan April dan 15 pasien bulan Mei. Sedangkan pasien perempuan hanya sejumlah 9 yaitu 6 pasien bulan April dan 3 pasien bulan Mei. Sehingga dari data yang ada terlihat bahwa pasien rawat inap penyakit jantung kode diagnose I25.1 sebesar 80% adalah laki – laki dan sisanya 20% adalah perempuan.

Tabel 5. 1.2 Distribusi Pasien Berdasarkan Kelompok Umur

No	Kelompok Umur (Tahun)	Bulan		Jumlah Pasien April - Mei	Persentase
		April	Mei		
1	Dewasa (21-60)	17	14	31	69%
2	Tua (≥ 61)	10	4	14	31%
Jumlah		27	18	45	100%

Sumber: Data mentah bagian akuntansi RSISA, 2021

Pada tabel di atas, pasien rawat inap penyakit jantung kode diagnosa I25.1 untuk umur hanya dikelompokkan menjadi dua bagian yaitu umur dewasa sekitar 21 tahun sampai 60 tahun, dan umur tua sekitar 61 tahun atau lebih. Dimana persentase

untuk kelompok umur dewasa sebesar 69% yaitu 17 pasien di bulan April, dan 14 pasien di bulan Mei. Sedangkan untuk kelompok umur tua sebesar 31% yaitu 10 pasien di bulan April dan 4 pasien di bulan Mei.

Tabel 5. 1.3 Komponen Penyusun Tarif Rumah Sakit

Keterangan	Komponen Tarif Rumah Sakit		Jumlah Tarif Rumah Sakit April - Mei	Persentase
	April	Mei		
Non Bedah	382.619.000	189.047.000	571.666.000	79,50%
Laboratorium	27.318.000	18.486.000	45.804.000	6,37%
Obat	16.041.559	16.201.599	32.243.158	4,48%
Akomodasi	16.085.000	9.855.000	25.940.000	3,61%
BMHP	9.389.141	8.761.001	18.150.142	2,52%
Keperawatan	4.655.000	6.336.000	10.991.000	1,53%
Konsultasi	4.525.000	4.180.000	8.705.000	1,21%
Intensif	1.500.000	1.500.000	3.000.000	0,42%
Penunjang	0	1.358.000	1.358.000	0,19%
Sewa Alat	275.000	489.000	764.000	0,11%
Radiologi	0	220.000	220.000	0,03%
Rehabilitasi	0	215.000	215.000	0,03%
Jumlah	462.407.700	256.648.600	719.056.300	100%

Sumber: Data mentah bagian akuntansi RSISA, 2021

Berdasarkan tabel di atas, komponen penyusun tarif rumah sakit terdiri dari non bedah, laboratorium, obat, akomodasi, BMHP, keperawatan, konsultasi, intensif, penunjang, sewa alat, radiologi, dan rehabilitasi. Yang mana penyebab tarif rumah sakit menjadi tinggi berasal dari 5 komponen yaitu non bedah dengan jumlah tarif 571.666.000 (79,50%), laboratorium dengan jumlah tarif 45.804.000 (6,37%), obat dengan jumlah tarif sebesar 32.243.158 (4,48%), akomodasi atau ruang perawatan pasien dengan tarif sebesar 25.940.000 (3,61%) dan BMHP kepanjangan dari Bahan

Medis Habis Pakai atau hanya bisa dipakai 1 pasien 1 alat medis saja dengan kata lain tidak dapat digunakan kembali ke pasien lain dengan tarif sebesar 18.150.142 (2,52%) . Dimana komponen – komponen tersebut menurut penulis cukup sulit untuk mengurangi biaya yang telah dikeluarkan rumah sakit karena sangat dibutuhkan oleh pasien.

Tabel 5. 1.4 Selisih Tarif INA-CBG Dengan Tarif Rumah Sakit

Bulan	N (Banyak Pasien)	Tarif INA-CBG	Tarif Rumah Sakit	Selisih Tarif
April	4	142.126.400	118.530.600	23.595.800
	23	201.668.400	343.877.100	-142.208.700
Mei	2	11.092.000	10.067.900	1.024.100
	16	121.504.000	246.580.700	-125.076.700
Total	45	476.390.800	719.056.300	-242.665.500
Rata - Rata		10.586.462,22	15.979.029	-5.392.567
Angka Index (Selisih Positif)				4,34%
Angka Index (Selisih Negatif)				87,95%

Sumber: Data mentah bagian akuntansi RSISA, 2021

Dalam tabel tersebut, selisih tarif antara tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit memiliki selisih negatif yang cukup banyak daripada selisih positifnya. Yang mana bulan April mendapati selisih tarif positif sebanyak 23.595.800, sedangkan selisih tarif negatif sebanyak -142.208.700. Pada bulan Mei selisih tarif positif hanya 1.024.100, sedangkan selisih tarif negatif sebanyak -125.076.700. Jika ditotal keseluruhan maka menghasilkan rata – rata selisih tarif sebesar -5.392.567. Diketahui berdasarkan angka indeks pada selisih positif yaitu 4,34% yang artinya mengalami penurunan sebanyak 95,66%, begitu juga pada angka indeks selisih negatif yaitu

87,95% yang artinya mengalami penurunan sebesar 12,05%. Selain itu juga jumlah tarif INA-CBG hanya 476.390.800 lebih rendah dibanding tarif rumah sakit sebesar 719.056.300.



Tabel 5. 1.5 Selisih Tarif Berdasarkan Kelas Hak, Kelas Ditempati, Banyak Diagnosa, Banyak Tindakan, dan LOS

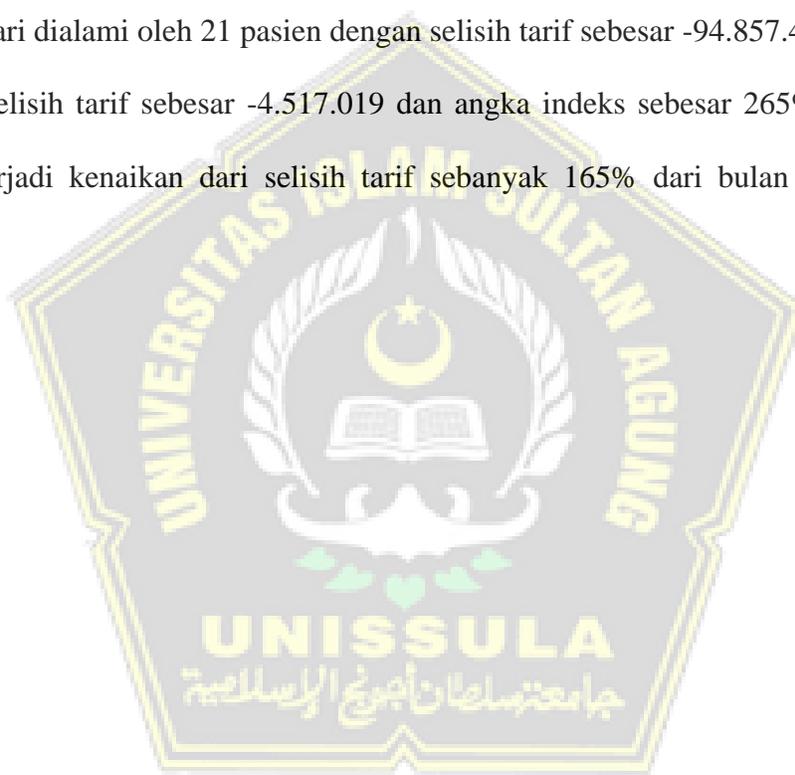
Keterangan	Jumlah Pasien April - Mei	Tarif INA-CBG	Tarif Rumah Sakit	Selisih Tarif	Iur Pasien	Selisih Setelah Iur	Rata - Rata Selisih Tarif	Angka Indeks
Kelas Hak 1	17	192.387.800	260.645.800	- 68.258.000	-	- 68.258.000	- 4.015.176	167%
Kelas Hak 2	7	93.367.500	131.782.500	- 38.415.000	-	- 38.415.000	- 5.487.857	82%
Kelas Hak 3	21	190.635.500	326.628.000	- 135.992.500	-	- 135.992.500	- 6.475.833	89%
Kelas Ditempati 1	18	230.592.000	300.275.000	- 69.683.000	6.367.400	- 63.315.600	- 3.517.533	206%
Kelas Ditempati 2	6	55.163.300	92.153.300	- 36.990.000	-	- 36.990.000	- 6.165.000	88%
Kelas Ditempati 3	21	190.635.500	326.628.000	- 135.992.500	-	- 135.992.500	- 6.475.833	89%
<2 (Hanya diagnosa primer tanpa diagnosa lainnya)	23	140.423.600	329.824.200	- 189.400.600	-	- 189.400.600	- 8.234.809	107%
≥2 (Diagnosa primer disertai diagnosa lainnya)	22	335.967.200	389.232.100	- 53.264.900	-	- 53.264.900	- 2.421.132	98%
2 Tindakan	5	31.202.500	48.702.400	- 17.499.900	-	- 17.499.900	- 3.499.980	122%
>2 Tindakan	40	445.188.300	670.353.900	- 225.165.600	-	- 225.165.600	- 5.629.140	103%

menjadi -36.990.000 dengan rata – rata selisih tarif -6.165.000 dan angka indeks 88% yang artinya selisih tarif menurun dari bulan April ke Mei, sedangkan kelas ditempati 3 masih sama dengan tarif kelas hak 3.

Dalam tabel tersebut terdapat diagnosa yang jumlahnya kurang dari dua atau hanya diagnosa primer saja menghasilkan selisih sebanyak -189.400.600, rata – rata selisih tarif -8.234.809 dengan angka indeks 107% yang artinya selisih tarif bulan April ke Mei mengalami peningkatan sebanyak 7%. Sedangkan diagnosa yang jumlahnya lebih dari sama dengan dua jenis diagnosa menghasilkan selisih sebanyak -53.264.900, rata – rata selisih tarif -2.421.132 dengan angka indeks sebesar 98% yang artinya selisih tarif dari bulan April ke Mei mengalami penurunan 2%.

Pada tabel tersebut ada beberapa tindakan yang diberikan ke pasien, berdasarkan data yang ada minimal dokter memberikan dua jenis tindakan ke pasien dan maksimalnya sesuai kebutuhan pasien hingga sembuh. Dapat dilihat bahwa 2 jenis tindakan hanya 5 pasien dengan selisih tarif sebesar -17.499.900, rata – rata selisih tarif sebesar -3.499.980 dan angka indeks 122% yang artinya terjadi kenaikan selisih tarif sebesar 22% dari bulan April ke Mei. Sedangkan tindakan yang lebih dari dua jenis sebanyak 40 pasien dengan selisih tarif sebesar -225.165.600, rata – rata selisih tarif -5.629.140 dan angka indeks sebesar 103% yang artinya hanya mengalami kenaikan selisih tarif sebesar 3% dari bulan April ke Mei.

LOS dalam tabel tersebut dapat dikatakan sebagai lamanya perawatan pasien selama menginap di rumah sakit. Dari data yang didapat, 24 pasien dengan LOS minimal 2 hari menghasilkan selisih tarif sebesar -147.808.100 dengan rata – rata selisih tarif -6.158.671 dan angka indeks sebesar 60% yang artinya mengalami penurunan sebesar 40% selisih tarif bulan April ke Mei. Sedangkan LOS yang lebih dari 2 hari dialami oleh 21 pasien dengan selisih tarif sebesar -94.857.400 dengan rata – rata selisih tarif sebesar -4.517.019 dan angka indeks sebesar 265% yang artinya telah terjadi kenaikan dari selisih tarif sebanyak 165% dari bulan April ke Mei.



5.2 Pembahasan

5.2.1 Perbedaan Tarif INA-CBG dengan Tarif Rumah Sakit.

Berdasarkan data yang telah diperoleh, perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif rumah sakit berasal dari sistem pembayarannya. Pada rumah sakit ini menggunakan fee for service (di lampiran 7) yang mana setiap kebutuhan pasien dalam proses penyembuhan penyakitnya berbeda – beda, jika kebutuhannya semakin banyak maka semakin mahal, misalkan saja semakin banyak jenis obat yang dikonsumsi pasien dan tindakan perawatan lainnya yang dilakukan dokter maka akan semakin besar biaya yang harus dibayarkan pasien . Hal ini jauh berbeda dengan sistem INA-CBG (di lampiran 11) yang mana ketika kode tindakan dan diagnosa diinput maka besaran tarif akan muncul, dan hanya sebesar itu jaminan yang diperoleh rumah sakit, atau dengan kata lain harga dari BPJS sudah ditetapkan oleh kementerian kesehatan berdasarkan kode yang ada di ICD-9-CM (*International Classification Disease Clinical Modification*) dan ICD-10 (*International Classification Disease*), jika biaya yang dihasilkan rumah sakit lebih banyak daripada tarif yang dijamin maka rumah sakit akan mengalami selisih negatif.

Selisih tarif negatif dapat menyebabkan kerugian yang cukup banyak bagi rumah sakit, karena sebagian besar pendapatan berasal dari pasiennya. Pada bulan April yang berasal dari 23 pasien sebanyak -142.208.700, sedangkan bulan Mei berasal dari 16 pasien sebanyak -125.076.700. Berikut contoh tarif

INA-CBG di lampiran 14 yaitu 4.540.900 dan 36.446.600, sedangkan banyak tarif yang dikeluarkan rumah sakit pada lampiran 13 yaitu 14.552.600 dan 37.706.000 sehingga menghasilkan selisih tarif negatif tertinggi sebesar -10.011.700 dan selisih tarif negatif terendah sebesar -1.259.600, selisih tersebut dari tarif INA-CBG dikurangi tarif rumah sakit.

Sedangkan selisih tarif positif yang didapat, dapat diartikan kurang berarti, pada bulan April total selisih tarif positif yang berasal dari 4 pasien sebanyak 23.595.800, sedangkan bulan Mei berasal dari 2 pasien menghasilkan selisih tarif positif sebanyak 1.024.100. Sebagai contoh pada lampiran 15 tarif INA-CBG yaitu 7.609.600 dan 3.482.400, serta banyaknya tarif yang telah dikeluarkan rumah sakit pada lampiran 13 yaitu 7.188.900 dan 2.879.000 sehingga menghasilkan selisih sebesar 420.700 dan 603.400, selisih tersebut dari tarif INA-CBG dikurangi tarif rumah sakit sehingga jika ditotal menjadi 1.024.100.

5.2.2 Penyebab – Penyebab Kerugian dari Selisih Tarif INA-CBG dengan Tarif Rumah Sakit

A. Tarif INA-CBG

Perhitungannya sudah ditetapkan dalam bentuk paket atau sering disebut *grouping*. Hal tersebut sudah tersistem, berawal dari dokter setelah melakukan pemeriksaan dan sebagainya kemudian menginput pada sistem mengenai apa saja rincian tindakan dan diagnosa dalam menangani pasien. Kemudian data

tersebut masuk ke bagian coding yang mana coder akan menginput sesuai kode – kode diagnosa dan tindakan, yang mana kode tersebut berasal dari ICD-9-CM untuk tindakan, dan ICD-10 untuk diagnosa (contohnya di lampiran 12).

Dari BPJS sendiri juga sudah menetapkan tarif – tarif INA-CBG berdasarkan panduan kode tersebut. Setelah kode – kode diinput kemudian disimpan, menghasilkan grouping, dan muncul tarif. Tarif yang muncul di rumah sakit ini termasuk dalam regional 1 tipe B. Dapat diketahui dari tabel 5.1.4 bahwa tarif INA-CBG lebih rendah daripada tarif rumah sakit karena biaya – biaya yang dikeluarkan rumah sakit banyak, namun BPJS hanya menggantinya sesuai hasil grouping tarif INA-CBG, hal itu dapat menyebabkan defisit selisih tarif bagi rumah sakit ini.

B. Tarif Rumah Sakit

Tarif di RSI Sultan Agung Semarang ditetapkan oleh direktur utama, yang mana tarif tersebut berasal dari biaya – biaya yang telah dikeluarkan oleh bagian pelayanan pasien. Tarif rumah sakit dalam hubungannya dengan jaminan yang dibayarkan BPJS maka penentuannya pada bagian akuntansi akan melakukan perbandingan tarif dengan bagian coding mengenai seberapa besar plafon yang dihasilkan dalam bentuk tarif yang akan diklaim BPJS sesuai kelas perawatan kemudian tarif rumah sakit dihitung oleh bagian akuntansi dan diajukan ke direktur utama, setelah mendapatkan persetujuan kemudian diinput dalam SIM rumah sakit.

Penetapan tarif RS masih memakai sistem *fee for service* yang mana tarif tersebut akan keluar setiap komponen pelayanan yang diberikan ke pasien, jadi semakin banyak kebutuhan dalam menangani penyakit pasien maka semakin mahal pula tarifnya (contoh rinciannya pada lampiran 13). Hal tersebut yang menyebabkan tarif RS lebih tinggi ketimbang tarif INA-CBG.

C. Ketepatan dalam Menginput Kode

Dalam menginput kode, coder selalu dikejar target karena banyaknya pasien BPJS di rumah sakit ini 90% sehingga harus melakukan dengan tepat, cepat, dan teliti. Ketepatan dalam menginput kode yang berasal dari ICD-9-CM dan ICD-10 akan mempengaruhi perhitungan tarif yang muncul dalam *software* INA-CBG. Selain itu terdapat beberapa kendala yang menyebabkan coder kurang tepat dalam menginput data pasien dalam sistem e-klaim INA-CBG yaitu : (1) salah membaca atau mengartikan diagnosa maupun tindakan yang ditulis oleh dokter, (2) melakukan ekspedisi dokumen rekam medis pasien, (3) mengurus pendingan maupun dispute dari BPJS terhadap dokumen pasien yang belum lengkap beserta lampiran penunjangnya, (4) mengkode sehari setidaknya 40 – 50 pasien setiap codernya, (5) mencari dokumen rekam medis pasien yang belum terinput yang masa klaimnya mendekati jatuh tempo.

Jika terjadi salah catat kode saat awal pengkodean maka dapat berimbas pada tarif INA-CBG maka bagian coding harus mengevaluasi data pasien, ada penunjang atau tidak, konfirmasi ke dokter DPJP, setelah itu dilakukan pengecekan lebih dalam oleh dokter analisa, kemudian coder melakukan

grouping ulang sesuai ICD-9-CM dan ICD-10. Selain itu biasanya tarif tersebut akan muncul di *software* INA-CBG jika ada tindakan maupun diagnosa yang memiliki tarif yang jumlahnya besar – besar perlu dicek kembali. Hal yang dapat mempengaruhi tarif INA-CBG bisa saja lebih tinggi atau lebih rendah tergantung dari hasil *grouping* (contoh dapat dilihat di lampiran 14 dan lampiran 15).

D. Pengaruh Lain – Lain yang Menimbulkan Perbedaan Tarif

Pengaruh lain yang mungkin menimbulkan perbedaan tarif yaitu (1) Adanya pelayanan dokter yang diberikan ke pasien tidak dibedakan baik pasien umum maupun BPJS karena sudah menjadi sumpah dokter dalam menangani pasien untuk menolong sesama, dengan melihat asal usul pasien apakah dari keluarga kaya maupun miskin penanganannya sama, (2) Jumlah obat yang diberikan ke pasien ada obat yang harganya mahal atau paten, namun ada juga yang murah atau generik dan tergantung juga berapa banyak obat yang dibutuhkan pasien, (3) LOS yang semakin lama maka tarif juga semakin meningkat karena kesembuhan pasien berbeda – beda yang mana biaya LOS ini termasuk dalam tarif akomodasi berasal dari ruang perawatan, (4) Setiap pasien juga menggunakan BMHP (Bahan Medis Habis Pakai), yang mana alat medis tersebut hanya boleh digunakan satu pasien dengan kata lain setelah digunakan pasien A maka tidak boleh digunakan pada pasien B, untuk contoh BMHP pada lampiran 16. (5) Aturan BPJS pernah berubah misalnya harus ada dokter spesialis yang menangani tindakan katerisasi jantung, jika tidak ada dokter

tersebut maka tidak dapat membeli alat dalam melakukan kateterisasi dan tidak dapat melakukan tindakan itu, setiap kali ada perubahan aturan BPJS maka para dokter komite medis setiap unit pelayanan akan berdiskusi terlebih dahulu untuk melakukan pelayanan ke pasien karena hal itu juga dapat berdampak pada selisih tarif.

5.2.3 Cara Rumah Sakit Mengatasi Selisih Rugi dari Perbedaan Tarif

INA-CBG dengan Tarif Rumah Sakit.

Pada rumah sakit ini dalam mengatasi selisih rugi menggunakan *clinical pathway*, yang mana ini dapat menjadi dasar dalam memberikan rincian apa saja yang dilakukan dokter terhadap kondisi klinis tertentu yang dialami pasien. *Clinical pathway* bisa digunakan untuk menentukan diagnosa maupun tindakan yang telah ditetapkan di dalamnya, pemberian terapi atau obat minimal yang harus diberikan, dan beberapa penanganan lain yang diberikan ke pasien (di lampiran 17). *Clinical pathway* memiliki standar tersendiri yang dapat membuat biaya yang dikeluarkan rumah sakit menjadi lebih efisien, serta pelayanan yang diberikan ke pasien juga efektif.

Dalam penerapannya RSI Sultan Agung Semarang menangani pasien rawat inap sudah 100% dengan format yang sama dalam kasus penyakit yang sama, baik pasien umum maupun pasien BPJS diberikan penanganan yang sama juga. Selain itu dokter akan menyesuaikan tingkat keuangan pasien, dan harus mengerti keadaan pasien misalnya pasien A (kelas 1) membutuhkan obat

XY, sedangkan pasien B (kelas 3) membutuhkan obat XYZ karena pasien A memiliki selisih plafon yang cukup banyak maka dokter akan memberikan jatah pasien A untuk membantu pasien B yang membutuhkan obat Z karena obat tersebut adalah obat minimal yang dibutuhkan pasien sesuai standar dalam clinical pathway yang tidak boleh dikurangkan dosisnya karena menyangkut nyawa pasien.

5.2.4 Dampak yang Terjadi dari Perbedaan Tarif INA-CBG dengan Tarif Rumah Sakit

A. Perlakuan Selisih Tarif

Melalui adanya perbedaan tarif INA-CBG dengan tarif RS dapat menimbulkan selisih positif maupun selisih negatif, yang mana selisih tersebut diperlakukan sebagai dana tabarru'. Tabarru' dapat diartikan sebagai sumbangan, hibah, kebajikan, tolong menolong dan sebagainya (Waskito, 2018). Dana tabarru' ini perlakuannya setara dengan akun discount dan retur, berikut di bawah ini merupakan contoh jurnal yang terjadi pada pasien:

Verifikasi Pendapatan Pelayanan

No. Penyelesaian [REDACTED] No. Rekam Medis [REDACTED] No. Trn Jurnal [REDACTED]
 Tgl. Transaksi 11/04/2021 16:45:59 Nama Pasien [REDACTED] Posting
 Type. Jurnal VerifikasiPendapatanPel Unit [REDACTED] User [REDACTED]
 Arus Kas Pendapatan Operasional Tgl. Registrasi 09/04/2021 8:36:10 Tgl. Input 16/04/2021 12:45:18
 Pelayanan Pasien
 Nama Transaksi [REDACTED] No. Registrasi [REDACTED] Status Input Import

Group 1

Akun	Deskripsi	Keterangan	Debit	Kredit
111010102	Kas Kasir		6.367.400,00	0,00
112010110	Piutang Pasien BPJS Kesehatan	JKN NON PBI (003) [REDACTED]	38.204.200,00	0,00
414010000	Retur Penjualan		158.265,25	0,00
212020000	Utang PPN Keluaran		0,00	160.255,28
411010000	Pemeriksaan/ Konsul		0,00	120.000,00
411020000	Visite Rawat Inap		0,00	180.000,00
411030000	Tindakan Medik Operatif		0,00	31.899.000,00
411040000	Tindakan Medik Non Operatif		0,00	248.000,00
411050000	Akomodasi Ruang Rawat Inap		0,00	1.700.000,00
411070000	Obat		0,00	2.728.832,45
411090000	Alat Medik Habis Pakai		0,00	902.435,19
411100000	Pelayanan Penunjang		0,00	970.000,00
411110000	Gas Medik		0,00	900.000,00
411120000	Administrasi		0,00	15.000,00
411120000	Administrasi		0,00	12.942,33
412010100	Dana Tabarru' Pasien BPJS Kesehatan		-4.883.400,00	0,00
421030000	Pendapatan Paket Perlengkapan Pasien		0,00	10.000,00
SUB TOTAL			39.846.465,25	39.846.465,25

Gambar 5.2.4. 1 Jurnal Surplus

Berdasarkan data diatas terlihat bahwa dana tabarru'nya atau dengan kata lain rumah sakit ini mengalami selisih negatif sebesar – 4.883.400, namun dengan adanya iur pasien senilai 6.367.400 maka hal tersebut membuat rumah sakit mengalami surplus. Namun berbeda halnya dalam jurnal di bawah ini:

Verifikasi Pendapatan Pelayanan

No. Penyelesaian [REDACTED] No. Rekam Medis [REDACTED] No. Trn Jurnal [REDACTED]
 Tgl. Transaksi 01/04/2021 14:40:18 Nama Pasien [REDACTED] Posting
 Type. Jurnal VerifikasiPendapatanPel Unit [REDACTED] User [REDACTED]
 Arus Kas Pendapatan Operasional Tgl. Registrasi 01/04/2021 14:40:18 Tgl. Input 08/04/2021 14:20:40
 Pelayanan Pasien
 Nama Transaksi [REDACTED] No. Registrasi [REDACTED] Status Input Import

Group 1

Akun	Deskripsi	Keterangan	Debit	Kredit
112010110	Piutang Pasien BPJS Kesehatan	JKN NON PBI (003) [REDACTED]	192.400,00	0,00
412010100	Dana Tabarru' Pasien BPJS Kesehatan		337.800,00	0,00
212020000	Utang PPN Keluaran		0,00	37.660,38
411010000	Pemeriksaan/ Konsul		0,00	100.000,00
411070000	Obat		0,00	376.603,80
411120000	Administrasi		0,00	15.000,00
411120000	Administrasi		0,00	935,82
SUB TOTAL			530.200,00	530.200,00

Gambar 5.2.4. 2 Jurnal Defisit

Berdasarkan data tersebut terlihat rumah sakit mengalami selisih positif yang diperlakukan sebagai dana tabarru' sebesar 337.800, namun dari pihak BPJS hanya menanggung jaminan pasien sebesar 192.400 sehingga rumah sakit ini mengalami defisit.

B. Pada Laporan Keuangan Rumah Sakit

Dengan adanya perbedaan tarif ketika terjadi selisih negative maka akan mengurangi pendapatan rumah sakit, sedangkan saat terjadi selisih positif maka akan menambah pendapatan rumah sakit. Hal tersebut dapat dilihat melalui proyeksi dengan realisasinya seperti pada laporan laba rugi di bawah ini yang berkaitan dengan selisih tarif:

LAPORAN LABA RUGI DETAIL						
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG						
BULAN APRIL 2021 DAN 2020						
KETERANGAN	BULAN APRIL			SAMPAI DENGAN APRIL		
	REALISASI 2021	REALISASI 2020	PROYEKSI 2021	REALISASI 2021	REALISASI 2020	PROYEKSI 2021
PENDAPATAN						
PENDAPATAN OPERASIONAL PELAYANAN PASIEN						
Pendapatan Operasional Pelayanan Pasien	29,797,852,187	18,005,950,251	21,815,281,012	113,075,438,270	105,381,102,049	116,451,988,113
Selisih Penghitungan Klaim						
Dana Tabarru' Pasien BPJS Kesehatan	(2,297,592,831)	(1,497,112,367)	(1,926,453,753)	(9,150,764,007)	(7,911,920,836)	(10,283,588,344)
Dana Tabarru' Pasien BPJS Ketenagakerjaan	-	-	-	-	-	-
Dana Tabarru' Pasien Jamkesmas	-	-	-	-	-	-
Dana Tabarru' Pasien Kementerian Kesehatan (Covid 19)	2,248,253,970	423,841,900	1,474,314,672	11,996,581,150	423,841,900	7,870,028,101
Dana Tabarru' Pasien Jaminan Asuransi	-	-	(142,127)	-	(2,146,100)	(758,687)
Dana Tabarru' Pasien Jaminan Perusahaan	-	(1,562,500)	(311,733)	-	(1,562,500)	(1,664,062)
Dana Tabarru' Pasien Lainnya	-	127,000	-	-	(846,800)	-
Discount	(164,765,532)	(81,981,348)	(175,758,439)	(789,122,116)	(462,241,218)	(938,214,805)
Retur Penjualan	(294,929,156)	(191,877,531)	(193,762,010)	(1,110,984,533)	(1,029,688,401)	(1,034,319,532)
JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL PELAYANAN PASIEN	29,288,818,658	16,657,385,405	20,993,167,622	114,021,148,763	96,396,538,094	112,063,470,785
PENDAPATAN OPERASIONAL LAINNYA						
Pendapatan Operasional Lainnya	241,580,100	131,872,300	179,830,141	1,174,055,100	920,908,800	959,949,930
JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL LAINNYA	241,580,100	131,872,300	179,830,141	1,174,055,100	920,908,800	959,949,930
PENDAPATAN LAIN-LAIN						
Pendapatan Lain-lain	147,767,261	58,381,258	47,066,807	321,487,349	258,450,860	251,246,968
JUMLAH PENDAPATAN LAIN-LAIN	147,767,261	58,381,258	47,066,807	321,487,349	258,450,860	251,246,968
JUMLAH PENDAPATAN USAHA	29,678,165,999	16,847,638,963	21,220,064,570	115,516,691,213	97,575,897,754	113,274,667,683

Gambar 5.2.4. 3 Laba Rugi Berkaitan dengan Selisih Tarif

Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa sebenarnya rumah sakit ini masih mengalami keuntungan di bulan April dengan persentase 10,86% sampai dengan April 2021 sebesar 12,2%. Dana tabarru' pasien BPJS kesehatan -2,297 milyar sampai dengan April 2021 -9,150 milyar, hal ini dapat ditutup kerugiannya oleh dana tabarru' dari pasien kementerian kesehatan (covid-19) yaitu 2,248 milyar sampai dengan April 11,996 milyar. Jadi, jika terakumulasi keseluruhan rumah sakit ini masih mengalami keuntungan.

C. Setelah Terjadinya Salah Catat Kode

Dalam hal ini dokumen – dokumen pasien sudah diserahkan ke pihak BPJS yang kemudian dilakukan verifikasi, namun karena BPJS punya pandangan berbeda dengan pihak coder rumah sakit maka data klaim pasien dikembalikan.

Apabila BPJS belum bisa memutuskan jawaban kasus data klaim pasien maka akan diajukan ke DPM (Dewan Pertimbangan Medis) yang mana akan mengeluarkan keputusan untuk menjawab kasus – kasus tersebut sesuai anjuran dari kementerian kesehatan. Setelah perintah tersebut turun hingga pihak rumah sakit maka pihak rumah sakit harus mengikuti aturan tersebut. Berikut di bawah ini peraturan DPM yang berkaitan dengan penyakit jantung:

PEMBAHASAN PERMASALAHAN PELKES OLEH TIM DPM PROVINSI JAWA TENGAH PERTEMUAN : 4 MEI 2017

NO.	KANTOR CABANG	SPECIALISASI	IDENTITAS	URAIAN KASUS/PERMASALAHAN	PERTANYAAN	REKOMENDASI DPM
4	KCU Semarang	JANTUNG	Nama RS: _____ RS Swasta	Menurut FORNAS untuk faskes lanjutan tingkat 2 pemberian Streptokinase ada syarat yaitu diberikan pada pasien yang dirawat di ruang ICCU	1. Apakah streptokinase diperbolehkan diberikan saat perawatan di ruang non ICCU	Penanganan Serangan jantung berat (STEMI/AMI) kurang dari 12 jam diberikan : 1. streptokinase/ alteplase 2. Primary PCI

		<p><u>data identitas pasien:</u></p> <p>initial nama : T umur/JK : 57 / perempuan</p> <p><u>Keterangan Klinis :</u> Nyeri dada kiri (+).menjalar ke lengan kiri ,mual ,muntah darah kecoklatan</p>	<p>Pada pasien ini dirawat di ruang ICU dan diberikan streptokinase</p>	<p>2. Apakah ada kriteria tertentu dalam pemberian Streptokinase yang harus di rawat di ruang ICCU / non ICU</p>	<p>Di Indonesia baru daerah Jawa Barat (sekitar Harkit) yang sudah mempunyai sistem penanganan terintegrasi pada pasien AMI. Penanganan terintegrasi yang dimaksudkan adalah pengelolaan pasien yang dicurigai mendapatkan serangan jantung dari Faskes awal sesuai dengan checklist yang terstandar. Dimana pemberian streptokinase bisa diberikan mulai dari Faskes awal tsb (sudah tidak dibatasi di FKRTL lagi) sembari melakukan referal ke Faskes yang berkompeten dalam menangani kasus tersebut. Bahkan Faskes Tingkat Pertama yang terlatih dalam sistem integrasi tersebut memiliki kewenangan dan kompetensi memberikan streptokinase. Sistem pengelolaan yang terintegrasi tersebut belum bisa dilaksanakan di semua center Jantung.</p> <p>Pemberian streptokinase dalam jangka waktu maks 3 jam setelah serangan mempunyai angka keberhasilan 70% sama seperti saat dilakukan tindakan (Primary PCI)</p>
		<p>TD :100/70 , N : 84x/menit RR : 24x/menit</p> <p><u>Diagnosa</u> DU : AMI inferior DS : gastritif erosiva, bradycardi</p> <p>Los : 4 hari (2hari di ICU)</p> <p><u>Terapi :</u> Streptokinase,spironolakton,aspilet,ramipril,CPG,fero fibrat,sukralfat,ISDN,pantoprazole</p> <p><u>Pemeriksaan penunjang :</u></p> <p>ecg : AMI inferior , Ro thorax :kardiomegali troponin : < 0,01</p>			<p>Streptokinase bisa diberikan jika ada keluhan nyeri khas jantung dengan hasil EKG ST elevasi</p> <p>Dari kolegium Jantung dapat memberikan usulan kepada komite Fornas untuk perbaikan restriksi streptokinase</p> <p>Kesimpulan : pemberian di ICU masih diperbolehkan</p> <p>Hampir 40% pasien serangan jantung meninggal karena fibrilasi</p>

Gambar 5.2.4. 4 Keputusan DPM

Setelah mendapatkan pedoman atas jawaban kasus tersebut, kemudian coder akan melanjutkan pengkodean sehingga terjadilah perubahan tarif INA-CBG seperti pada data di bawah ini terlihat adanya penurunan tarif, kenaikan tarif maupun tidak ada perubahan tarif sama sekali. Hal tersebut dapat terjadi karena adanya informasi yang kurang jelas maupun kurang lengkap sehingga piutang pasien BPJS belum bisa diklaimkan.

Total Tarif INA-CBG	Tarif RS	Diaglist	Proclist	Keterangan Revisi	Konfirmasi Jawaban	Progres Klaim	Diaglist Update	Proclist Update	Tarif Update INA-CBG	Selesai grouping
7.108.500	4.889.600	J18.0:J50.0	88.72.89.52.93.94	MIn konfirmasi pasien post perawatan covid, apakah terdapat hasil lab sputum yang menunjukkan bahwa pneumonia nonviral?	DU : CHF DS : Hipokalemi BRPN dihapus	RI Kembali	Kode J18.0 dihapus Tambahkan kode E87.6	Kode J18.0 dihapus Tambahkan kode E87.6	5.802.600	26/4/2021
7.108.500	11.219.300	J18.0:J50.0E87.6	93.35:93.05:89.52:90.59:87.44	MIn konfirmasi pasien post perawatan covid, apakah terdapat hasil lab sputum yang menunjukkan bahwa pneumonia nonviral?	DU : CHF DS : Hipokalemi BRPN dihapus	RI Kembali	Kode J18.0 dihapus	Kode J18.0 dihapus	5.802.600	26/4/2021
12.210.800	12.898.100	I25.1:E11.9:N17.9	88.55:89.52:90.59	MIn konfirmasi hasil lab urin	Ganti koding AKI menjadi insufisiensi renal (ureum 54 creatinin 1,53 terapi resfar injeksi. Tidak dilakukan pemeriksaan urin rutin	RI Kembali	Ganti Kode N17.9 => N19	Ganti kode N17.9 => N19	6.341.300	05/08/2021
23.596.800	36.685.700	I25.1	36.07:89.52:90.59	Laporan tindakan tidak terlihat	Laporan tindakan sudah discan ulang terlampir pada file scan pasien tersebut	RI Kembali			23.596.800	27/4/2021
4.725.600	5.232.700	Z53.8:H43.1E11.9:D64.9	99.04:89.52:88.75:87.44:90.59:91.39	Pasien batal operasi atas alasan medis dan harus dilakukan ranap atas kondisi tersebut maka ditagihkan sbg ranap dg diagnosis yang menyebabkan batal operasi. Kondisi H43.1 belum terdapat tatalaksana	DU : CKD DS : Anemia, HT, DM TX : Transfusi darah Hapus kode H43.1 => batal operasi	RI Kembali	DU : CKD DS : Anemia, HT TX : Transfusi darah Hapus kode H43.1 => batal operasi	DU : CKD DS : Anemia, HT TX : Transfusi darah Hapus kode H43.1 => batal operasi	4.958.500	29/4/2021

Gambar 5.2.4. 5 Dampak Salah Catat Kode

BAB VI

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1 Kesimpulan

Data dalam penelitian ini didapat dari Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dengan sampel sebanyak 45 pasien rawat inap kode diagnosa I25.1 (*atherosclerotic heart disease*) dari 27 pasien di bulan April dan 18 pasien di bulan Mei tahun 2021. Penyakit tersebut merupakan bagian dari penyakit jantung, diketahui bahwa penyakit jantung menjadi penyumbang kedua selisih negatif terbanyak setelah spesialisasi bedah.

Berdasarkan distribusi pasien diketahui bahwa pasien laki – laki lebih rentan daripada pasien perempuan begitu juga pada kelompok umur dewasa lebih banyak daripada kelompok umur tua. Selanjutnya terdapat 5 komponen penyusun tarif rumah sakit tertinggi yaitu non bedah dengan jumlah tarif 571.666.000, laboratorium dengan jumlah 45.804.000, obat sebesar 32.243.158, akomodasi atau ruang perawatan pasien sebesar 25.940.000 dan BMHP sebesar 18.150.142. Terdapat selisih tarif positif di bulan April sebanyak 23.595.800, sedangkan selisih tarif negatif sebanyak -142.208.700. Pada bulan Mei selisih tarif positif hanya 1.024.100, sedangkan selisih tarif negatif sebanyak -125.076.700. Secara keseluruhan selisih tarif bulan April sebanyak -118.612.900, dan bulan Mei sebanyak -124.052.600 yang artinya terjadi kenaikan sebanyak 5%. Kemudian hasil dari selisih tarif berdasarkan kelas hak, kelas

ditempati, banyak diagnosa, tindakan, dan LOS terlihat ada perubahan nominal ditandai dengan adanya iur pasien karena pasien tersebut dari kelas 2 pindah kelas 1.

Tarif INA-CBG dihitung berdasarkan kode ICD-9-CM dan ICD-10 hasil grouping yang dilakukan coder yang mana besaran tarif tersebut sudah ditetapkan BPJS. Sedangkan tarif rumah sakit dihitung oleh bagian akuntansi berdasarkan koordinasi dengan pelayanan dan tim coder untuk membandingkan tarif yang di klaim BPJS setelah itu diajukan ke direktur utama untuk persetujuan tarif yang ditetapkan berdasarkan fee for service. Kemudian tarif INA-CBG dengan tarif BPJS berbeda dikarenakan oleh beberapa hal yaitu penginputan kode yang dikejar target, terdapat beberapa kendala yang dialami coder seperti salah menerjemahkan tulisan dokter, ekspedisi, pendingan maupun dispute, mengkoding data pasien, dan mencari dokumen rekam medis yang harus terinput karena sudah jatuh tempo. Penyebab lain yang dapat menimbulkan perbedaan tarif yaitu pelayanan dokter sama saja untuk pasien kaya maupun miskin, obat, LOS, BMHP setiap pasien berbeda, dan adanya perubahan aturan BPJS.

Selain itu terdapat dampak dari perbedaan tarif diantaranya selisih tarif perlakuannya sebagai dana tabarru' yang mana setara dengan akun discount dan retur dalam laporan laba rugi yang mana saat terjadi defisit maka pendapatan akan berkurang, namun ketika surplus pendapatan akan bertambah. Kemudian pada laporan keuangan rumah sakit terutama pada laporan laba rugi terlihat dari proyeksi dan realisasinya yang mana masih mengalami keuntungan karena dana tabarru' yang bernilai negatif lebih kecil daripada yang bernilai positif. Selanjutnya dampak yang

terjadi setelah salah catat kode ketika dokumen pasien sudah diverifikasi BPJS namun belum bisa diputuskan maka akan diajukan ke DPM sesuai anjuran kemenkes kemudian coder akan mengkoding ulang dan hasilnya tarif INA-CBG dapat menjadi turun, naik maupun tanpa perubahan.

6.2 Rekomendasi

Oleh karena itu, berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan rekomendasi yang sekiranya dapat dilakukan RSI Sultan Agung Semarang dalam menekan biaya pengeluaran diantaranya yaitu:

1. Dalam menerapkan *clinical pathway* lebih diperhatikan lagi, jika penanganan pasien mengeluarkan banyak biaya maka penerapan *clinical pathway* lebih diperketat.
2. Bagian coding diharapkan untuk lebih teliti dalam melakukan input kode diagnosa dan kode tindakan agar tidak mengurangi terjadinya evaluasi akibat salah pencatatan sehingga waktu bekerja lebih efisien. Selain itu pemberian informasi ke BPJS diupayakan dengan lengkap dan jelas sehingga diharapkan tidak ada perbedaan pandangan antara BPJS dengan rumah sakit
3. Jika ada pasien yang memiliki plafon lebih maka dapat digunakan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium, jika tidak maka digunakan untuk menutupi kerugian pasien lain yang memiliki selisih tarif negative, hal ini merupakan penerapan prinsip gotong royong
4. Dapat memberi kuota jumlah pasien di setiap unit pelayanan agar selisih negatif dapat berkurang, misalnya dengan pembagian kuota pasien yang awalnya 100%

terdiri dari 90% (BPJS) dan 10% (pasien umum dan asuransi lain) menjadi 70% untuk pasien BPJS dan 30% untuk pasien umum dan asuransi lain pada hari tertentu. Apabila hal tersebut dilakukan maka secara tidak langsung dapat mengurangi kerugian rumah sakit.

5. Agar biaya yang dikeluarkan rumah sakit tidak begitu banyak maka dengan menghemat listrik seperti ketika tidak ada pelayanan atau pekerjaan baik komputer maupun lampu dapat dimatikan terlebih dahulu, air dihidupkan jika diperlukan, uang transport digunakan untuk keperluan penting saja.
6. Menghemat pembelian barang, bahan, atau alat yang tidak diperlukan. Misalnya ada vitamin beberapa jenis vitamin karena vitamin biasanya hanya sebagai suplemen saja, sebaiknya pembelian vitamin terutama yang jarang digunakan sebaiknya dikurangi dan lebih diutamakan pembelian obat, BMHP, serta alat medis yang dibutuhkan pasien namun susah dicari.
7. Sebelum dilakukan layanan rawat inap, pasien dapat ditawarkan untuk naik kelas perawatan atau tidak disertai menyebutkan kelebihan dari fasilitas yang didapat. Karena terbukti dengan adanya pasien naik kelas selisih negatif dapat berkurang, jika semakin banyak pasien yang naik kelas, secara tidak langsung rumah sakit dapat menutupi kerugian lainnya.
8. Apabila terapi obat yang diberikan ke pasien bahannya susah untuk ditemui dan harganya sangat mahal maka diharapkan dapat membeli dengan bahan yang komposisinya sama meskipun itu generik bukan paten. Secara tidak langsung obat generik lebih murah sehingga biaya yang dikeluarkan dapat dihemat.

BAB VII

REFLEKSI DIRI

7.1 Refleksi Diri

Melalui proses magang selama tiga bulan ini telah menyadarkan penulis bahwa tidak ada manusia yang sempurna dan tidak luput dari kesalahan. Memahami akan kesalahan dan memperbaikinya itu perlu waktu, sekaligus ada masalah harus segera dikonfirmasi dengan bagian yang terkait. Jika ada pekerjaan yang menumpuk jangan menunda pekerjaan itu karena hari – hari berikutnya akan selalu ada pekerjaan yang menghampiri kita.

Melakukan pekerjaan tidak harus tergesa – gesa, namun tetap fokus, teliti, dan selalu mengecek kelengkapan dokumen saat sebelum diinput kedalam sistem karena jika sudah masuk ke dalam sistem dan sudah ter-*close* sehingga tidak dapat dibatalkan. Agar memudahkan dalam pencarian dokumen maka dokumen harus disusun dengan rapi dan baik sesuai bulan, tahun, maupun urutan abjad.

Dalam bidang akuntansi maupun keuangan saling berhubungan, setelah pekerjaan diselesaikan bagian keuangan maka proses dilanjutkan oleh bagian akuntansi, disini perlu adanya kehati – hatian, dan jangan sampai ada yang salah input karena sekaligus salah akan berdampak bagi bagian lainnya. Selain itu kita juga harus dibiasakan tepat waktu dalam menyelesaikan pekerjaan karena pekerjaan ini saling

berkaitan, jika ada salah satu pegawai tidak selesai tepat waktu maka laporan keuangan yang dibuat juga akan terlambat dalam pelaporannya.

Dari situ kita belajar apa artinya kedisiplinan bagi pekerjaan, kerjasama, dan teliti dalam bekerja. Jangan menya – nyiakan waktu pekerjaan kita untuk bermain handphone kecuali saat jam istirahat tiba. Karena hal itu dapat mengganggu konsentrasi saat melakukan pekerjaan. Setiap pekerjaan memang memiliki tingkat resiko masing – masing sehingga apapun yang dilakukan harus tetap waspada dan hati – hati agar tidak terjadi kesalahan yang fatal.

Manfaat yang dapat penulis peroleh yaitu dapat memahami lingkungan kerja yang sesungguhnya, mengerti jenis – jenis pekerjaan yang dilakukan pegawai setempat, mengetahui cara berkomunikasi, baik dengan pegawai maupun dengan keluarga pasien. Dengan begitu penulis dapat belajar cara merintis karir dalam pekerjaan melalui ketekunan, kedisiplinan, kerjasama, dan pantang menyerah dalam menerima pekerjaan di segala situasi dapat mengantarkan penulis menjadi pegawai yang sukses dibidangnya kelak. Tidak lupa juga untuk selalu bersyukur, sholat, dan berdoa karena tanpa hal tersebut kehidupan akan terasa hampa, dengan melakukan hal itu kita akan selalu mengingat Allah bahwa Dialah yang memberi berkah, rahmat, dan pintu rezeki bagi yang berusaha.

DAFTAR REFERENSI

- BUIATRIA, L. (2011). UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 24 TAHUN 2011 TENTANG BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL. *Phys. Rev. E*.
<http://www.ainfo.inia.uy/digital/bitstream/item/7130/1/LUZARDO-BUIATRIA-2017.pdf>
- Dumaris, H. (2015). Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG ' s Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 3(1), 20–28.
- Eka Wahyudi, S. H. (2017). *Case-Based Reasoning untuk Diagnosis Penyakit Jantung I*. 11(1).
- Fitria. (2013). BAB III RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG DAN PELAKSANAAN BIMBINGAN ROHANI ISLAM. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Indupurnahayu, I., Aminda, R. S., & Rahayu, R. (2021). Komparasi Penetapan Tarif INA_CBGs dan Tarif Rumah Sakit dengan Diagnosa Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Peserta Jaminan Kesehatan Nasional, Studi Empiris di Rumah Sakit Medika Dramaga - Bogor. *Jurnal Manajemen*, 12(1), 66.
<https://doi.org/10.32832/jm-uika.v12i1.3471>

Kementrian Kesehatan RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Group (INA-CBG)*. 2016. 92, 1–63.

Kurniawan. (2017). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 4 TAHUN 2017 TENTANG PERUBAHAN KEDUA ATAS PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 52 TAHUN 2016 TENTANG STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN DALAM PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN. *經濟志林*, 87(1,2), 149–200.

Lakoan, M. R., Andayani, T. M., & Chairun, W. (2019). Analisis Kesesuaian Biaya Rill Terhadap Tarif Ina-Cbgs Pada Pengobatan Gagal Jantung Kongestif Pasien Jkn Rawat Inap Rsud Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2015. *Jurnal Farmasi & Sains Indonesia*, 2(2), 1–8.

Mardiah. (2016). Cost Recovery Rate Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Clinical Pathway pada Penyakit Arteri Koroner di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 2(3), 245–259.

Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. (2014). Berita Negara. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, 879, 2004–2006.

- Munawaroh, S., Sulistiadi, W., & Rachmad. (2019). Perbedaan Tarif INA–CBG’s Dengan Tarif Riil Rumah Sakit Pada Pasien BPJS Kasus Stroke Iskemik Rawat Inap Kelas I Di RS PON Tahun 2018. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARS)*, 3(2), 155–165.
<http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/MARS/article/view/532>
- Penyusun, T. I. M. (2015). *CLINICAL PATHWAY DALAM ASUHAN TERINTEGRASI SESUAI STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT 2012*.
- Rekam, J., Kesehatan, I., & Tirto, J. (2021). Analisis Tarif Rumah Sakit dan Tarif Ina CBGs Kasus Gagal Jantung Kongestif Analysis of Hospital Inpatient Costs and INA-CBGs Tariffs for Congestive Heart Failure Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang tarif INA CBGs denga. 4(1), 44–51.
- Riil, B. (2019). Kesesuaian Biaya Riil Terhadap Tarif INA-CBGS Pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali Tahun 2017 *Comformity of Real Cost to INA- CBG ’ s Cost in Hypertension Treatment at Pandan Arang Hospital Boyolali 2017 Penyakit kronik* . 16(2), 106–117.
- Waskito, W.-. (2018). Prosentase Investasi Dana Tabarru yang Dapat Diinvestasikan untuk mencegah Kekurangan Pembayaran Klaim Saat Defisit Underwriting. *Jurnal Jurisprudence*, 7(2), 160–168.
<https://doi.org/10.23917/jurisprudence.v7i2.3400>

Wulan, S. R. I. (2019). *PENEPARAN BALANCED SCORECARD SEBAGAI ALAT PENGUKURAN KINERJA RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN*.

Bastian, I. (2008). *AKUNTANSI KESEHATAN*. (S. Saat, & W. Hardani, Eds.) Jakarta: Erlangga.

Krismiaji, & Ariyani, Y. A. (2019). *AKUNTANSI MANAJEMEN* (Ketiga ed.). Yogyakarta: UPP STIM YKPN.

Muhamad Ridwan, S. M. (2017). *Jantung*. Yogyakarta: Romawi Press.

Mulyadi. (2001). *Akuntansi Manajemen* (3 ed.). Jakarta: Salemba Empat.

