

Analisis Jabatan Tim Casemix Dalam Upaya Peningkatan Klaim BPJS Di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi Tahun 2019

Inggrid Osysa Far Far, Tri Budi W Rahardjo, Fresley Hutapea

Program Studi Administrasi Rumah Sakit Universitas Respati Indonesia

princesshapukh@gmail.com

ABSTRAK

Kurang optimalnya kinerja dari tim casemix yang mengakibatkan banyak klaim yang dipending oleh BPJS sehingga bila tidak disegera diperbaiki dapat mengganggu kinerja dari Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi. Hal ini dapat dilihat dari pengajuan klaim BPJS dari bulan November 2018 sampai dengan bulan Februari 2019 yang angka pending klaim BPJS nya cukup tinggi. Hal ini yang ingin diteliti lebih lanjut oleh peneliti. Tujuan penelitian yaitu, mengetahui pembuatan uraian tugas anggota tim casemix, mengetahui kompetensi jabatan anggota tim casemix dan menetapkan indikator kinerja anggota tim casemix berdasarkan uraian tugas dan kompetensi. Metode penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara, observasi dan melihat catatan karyawan atau Analisa data sekunder. Anggota tim casemix ini sudah paham mengenai apa yang menjadi tugas mereka walaupun secara kompetensi mereka kurang sesuai sehingga perlu ditetapkan indikator kinerja yang lebih sesuai dengan keadaan di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi.

Kata kunci : tim casemix, uraian tugas, kompetensi dan indikator kinerja.

ABSTRACT

Less than optimal performance of the casemix team resulted in many pending claims toward to BPJS, if they were not immediately repaired, disadvantage could be taken to the performance of the Karya Medika II Hospital in Tambun Bekasi. The problem can be seen from submission of BPJS claims in November 2018 to February 2019, which is the pending claims toward BPJS are quite high. For this is why the researcher likely to do a further investigation. Research objectives knowing the description job of each casemix team members, knowing the competency of the casemix team members and establish a performance indicator for a casemix team members based on job descriptions and competencies. This research method is a descriptive study with a qualitative approach through interviews, observations and from descriptions of the employee records or secondary data analysis. The result is the casemix team members already knew what their job descriptions, even though their competencies were not suitable enough, that's why it needed to be set performances indicators that were more suitable with the conditions at the Karya Medika II in Tambun Bekasi.

Keyword : casemix team, job description, competencies and performances indicators.

PENDAHULUAN

Setiap manusia mempunyai hak untuk sehat, oleh karena itu setiap negara di dunia harus memenuhi kewajibannya dalam menyediakan pelayanan kesehatan tersebut termasuk Indonesia. Kesehatan adalah hak dasar setiap orang dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Setiap warga negara Indonesia berhak untuk mendapatkan atau memperoleh pelayanan kesehatan yang baik, modern dengan harga yang terjangkau oleh masyarakat Indonesia sesuai dengan amanat yang tertera dalam Undang-undang Dasar 1945 yaitu semua masyarakat khususnya yang miskin dan tidak mampu adalah menjadi tanggungjawab pemerintah pusat maupun daerah. Oleh karena itu pemerintah Indonesia membuat sebuah program pelayanan kesehatan berupa penjaminan pelayanan kesehatan, yang ditetapkan melalui Permenkes No. 71 tahun 2013 yaitu tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional berupa perlindungan kesehatan agar masyarakat yang menjadi pesertanya bisa memperoleh atau mendapatkan mamfaat untuk pemeliharaan dan perlindungan kesehatan dengan terlebih dahulu membayar iuran sesuai dengan yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

Di Indonesia terdapat dua system pembiayaan kesehatan yaitu Fee for Service (Out of Pocket) dan Health Insurance. Sistem Fee for Service itu gambarannya seperti kalau kita sakit, kita akan pergi melakukan pemeriksaan dan kemudian kita membayar dokternya sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Jadi berdasarkan system Fee for Service ini adalah semakin banyak pasien yang dilayani maka semakin banyak pula pendapatan dokter atau rumah sakit tersebut, hal ini terjadi dikarenakan tidak memiliki standar baku yang berlaku sama ke semua dokter atau rumah sakit dimana untuk diagnosis penyakit dan pelayanan yang didapatkan sama tetapi berbeda-beda tarif

rumah sakitnya. Sedangkan pada system Health Insurance pembayaran pelayanan kesehatannya dilakukan oleh pihak ketiga atau pihak asuransi. Yang termasuk dalam sistem Health Insurance ini adalah system kapitasi dan system Diagnose Related Group (DRG system). Pada sistem kapitasi ini yang terjadi adalah system pembayaran yang diberikan untuk jasa pelayanan kesehatan dimana PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu. Sistem DRG sendiri sebenarnya hampir sama dengan system kapitasi hanya pada sistem DRG ini pembayarannya dilakukan berdasarkan diagnosis pasien. Indonesia menggunakan system INA-DRG dimana diagnosis penyakitnya berdasarkan pada kelompok penyakit yang homogen, yang telah ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 1663/MENKES/SK/XII/2005 tentang ujicoba penerapan Sistem Diagnostic Related Group di 15 Rumah sakit di Indonesia. Sistem INA-DRG mulai diimplementasikan pada pembiayaan jaminan kesehatan masyarakat tahun 2008 melalui SK Menkes nomor 125/MENKES/SK/II/2008. INA-DRG habis masa berlakunya pada tanggal 30 September 2010 dan kemudian dirubah namanya dengan system INA-CBG. Tidak lagi menggunakan sistem INA-DRG ini dikarenakan beberapa hal diantaranya adalah sistem INA-DRG hanya terdiri dari kasus-kasus yang akut saja dan sistem INA-DRG ini tarifnya tidak adekuat pada beberapa kasus misalnya, kasus sub akut dan kronik, prosedur khusus, MRI dan lain-lain. Pada tahun 2011 dimana terjadi masa peralihan dari system INA-DRG menjadi INA-CBG, Nasional Casemix Centre Kementerian Kesehatan melihat adanya ketidakcocokan biaya tarif INA-CBG bagi rumah sakit, sehingga dilakukan evaluasi secara berkala yang akhirnya menghasilkan tarif yang sesuai

dengan Kepmenkes No.440 tahun 2012 tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs). Sampai sekarang di Indonesia masih menggunakan system INA-CBGs.

Jadi pemerintah Indonesia melalui BPJS sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang merupakan badan hukum yang diatur menurut UU No.24 tahun 2011 yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan social agar seluruh masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya dengan layak membuat sebuah program yang dikenal sebagai JKN Jaminan Kesehatan Nasional pada tanggal 1 Januari 2014. Sistem pembayaran yang dilakukan oleh JKN mengikuti paket pembayaran yang sesuai dengan Case Base Groups (INA – CBGs). Sistem pembiayaan dari paket INA – CBGs yang digunakan adalah casemix dimana yang menjadi acuan dalam menghitung pelayanannya dengan diagnosis utama. Jadi untuk menentukan besaran klaim INA-CBGs nya adalah berdasarkan diagnosis akhir atau prosedur medis yang dilakukan kepada pasien, yang kemudian oleh petugas rumah sakit dalam hal ini adalah Koder yang akan dimasukan data-data medis tersebut kedalam software INA-CBGs, keluarlah hasilnya didalam bentuk grouping atau kelompok kasus kemudian Severity Level (SL) nya yang akan menentukan tarif klaim yang akan dibayarkan. Oleh karena itu pihak rumah sakit harus benar-benar teliti dalam memasukan penghitungan pengeluaran di tiap-tiap bagian yang ada di rumah sakit, sehingga setiap diagnosis atau prosedur tindakan yang dilakukan terhadap pasien itu yang menentukan besaran dari klaim yang diajukan.

Setiap Rumah Sakit dalam mengajukan klaim nya harus memperhatikan kelengkapan dari rekam medis yang dimiliki oleh pasien yang sudah diisi oleh para dokter. Bila dokternya kurang teliti atau malas mengisi karna terlalu banyak bisa mengakibatkan

rekam medisnya menjadi tidak lengkap sehingga klaim yang sudah diajukan oleh Rumah sakit tersebut dapat dikembalikan lagi atau di pending, yang nantinya akan memberikan dampak yang sangat merugikan bagi pelayanan di rumah sakit. Rumah sakit harus benar-benar memperhatikan hal ini demi tercapainya kendali mutu dan biaya.

Sudah ada beberapa penelitian yang dilakukan untuk kita bisa lebih memahami tentang INA-CBGs ini seperti yang dilakukan oleh Muliana, Nuhayani, Balqis (2014) yang hasil penelitiannya mengatakan adanya perbedaan tarif rumah sakit berdasarkan tipe rumah sakit dan regional. Penelitian yang dilakukan oleh Hotma Dumaris mengenai Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBGs Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta tahun 2015 dimana hasilnya ditemukan adanya beberapa poli rawat jalan yang berbeda tarifnya.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 yaitu tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, di Indonesia terdapat 2 jenis tipe Rumah Sakit yaitu Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus dimana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi Rumah Sakit Umum tipe A,B,C dan D dan D Pratama, juga Rumah Sakit Khusus tipe A,B, dan C. Penetapan klasifikasi Rumah Sakit ini didasarkan atas pelayanan, sumber daya manusia, peralatan dan bangunan dan prasarana. Tipe Rumah Sakit ini juga sangat berbeda dalam jumlah kunjungan pasien per harinya yang nantinya akan berpengaruh dalam pelayanan Rekam Medisnya seperti contohnya Rumah Sakit tipe C biasanya jumlah kunjungan pasien perharinya cukup tinggi dan bervariasi penyakitnya sehingga dibutuhkan tenaga yang dalam jumlah dan kompetensi yang cukup juga untuk memberikan pelayanan yang baik.

METODOLOGI PENELITIAN

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan rancangan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif melalui teknik *in-depth interview* (wawancara mendalam), observasi dan melihat catatan karyawan atau Analisa data sekunder. Fokus pada penelitian ini adalah uraian tugas, kualifikasi pekerjaan, dan indikator kerja dari tim casemix. Pada penelitian ini subyek penelitiannya adalah unit atau bagian casemix yang berperan pada proses pengajuan klaim BPJS. Waktu Penelitian dilakukan kurang lebih satu bulan terhitung mulai Januari sampai Juli 2019. Lokasi Penelitian ini dilaksanakan di RS Karya Medika II yang terletak di Jalan Sultan Hasanudin No.63, Tambun, Kecamatan Tambun Selatan, Bekasi, Jawa Barat. Data primer yang berasal dari wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi, dan melihat catatan karyawan dari November 2018 hingga April 2019. Data sekunder yang berasal dari dokumentasi di Unit Casemix RS Karya Medika II Tambun Bekasi. Subjek penelitian ditentukan dengan menggunakan teknik purposive sampling yaitu pemilihan informan didasarkan pertimbangan atau kriteria tertentu dari peneliti sehingga akhirnya mendapatkan sebanyak mungkin informasi dari berbagai sumber. Dalam memilih informan peneliti harus memiliki kriteria sebagai pihak – pihak yang yang memahami kebijakan yang ada dan pihak – pihak yang terlibat langsung dalam proses pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi. Berdasarkan kriteria diatas, maka informan penelitian ini adalah Direktur Rumah Sakit, Wadir YanMed, kepala bagian SDM, kepala bagian casemix, koder, dan verifikator. Jumlah informan yang diambil adalah sebanyak 6 orang.

HASIL PENELITIAN

Menurut Permenkes No.56 Tahun 2014 pasal 43 ayat 3 Tentang klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit, jumlah SDM tim

Casemix itu disesuaikan jumlahnya dengan kebutuhan dari Rumah Sakit itu sendiri. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data SDM casemix di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi adalah sebanyak 9 orang petugas yang terdiri dari kepala casemix, pengentry data, koder dan runner. Masing-masing anggota tim casemix ini sudah mengetahui tentang uraian tugas mereka masing – masing walaupun ada perbedaan antara tugas yang tercantum di SK Rumah Sakit dngan kenyataan yang terjadi di lapangan sehari-hari. SDM tim casemix di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi ini, masih belum sesuai dengan standar dari pemerintah yaitu lulusan D3 Rekam Medis. Unit casemix Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, Bekasi ini dikepalai oleh seorang dokter umum dengan rekan kerja yang lulusan S1, D3 dan SMA. Kualifikasi Pendidikan yang diminta untuk tim casemix ini juga perlu diperhatikan dengan baik karena untuk jabatan kepala casemix harus dokter umum atau dokter gigi karena mereka menguasai dengan baik clinical pathway yang sangat penting dalam melakukan pengkodean sehingga tidak terjadi kesalahan juga sebagai kepala casemix, mereka harus mengikut pelatihan sebagai koder dan mengetahui peraturan mengenai BPJS. Syarat kualifikasi Pendidikan bagi anggota yang lain juga harus diperhatikan dengan baik karena tidak bisa hanya cukup dengan lulusan S1 ilmu lain, karena untuk coder dan pengentry data, mereka harus tahu juga tentang clinical pathway dan penyakit-penyakit serta tindakan yang ada. Hal ini menyebabkan kurang maksimalnya kinerja yang dihasilkan mereka. Begitu juga dengan yang lulusan SMA, dimana sekarang ini di Rumah Sakit tidak bisa menerima lulusan SMA lagi. Dengan tugas-tugasnya sebagai Runner ada dua (2) orang petugas, Koder ada Koder Rawat Jalan satu (1) petugas dan Koder Rawat Inap dua (2) petugas serta tiga (3)

orang petugas Entry Data. Mereka juga ada yang mendapatkan pelatihan yang sesuai dengan tanggungjawabnya sehingga mendapatkan sertifikasi tetapi ada juga yang tidak mendapatkan pelatihan seperti runner, mereka hanya bekerja mengikuti aturan atau alur yang sudah ada sebelumnya. Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, Bekasi sangat memfasilitasi tim casemix untuk meningkatkan kemampuan mereka, jadi walaupun mereka bukan lulusan D3 rekam medis tetapi mereka dapat melakukan pekerjaan mereka dengan baik sejauh ini. Dengan jumlah tenaga SDM yang beranggotakan 9 orang termasuk kepala casemixnya, tim ini harus menyelesaikan berkas klaim sekitar 5000 sampai 6000 berkas per bulannya. Tidak ada dalam peraturan pemerintahan yang memuat jumlah SDM casemix untuk tiap Rumah Sakit, hal ini menjadi bagian Rumah Sakit itu sendiri yang menentukan. Karena Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, Bekasi ini merupakan Rumah Sakit tipe C, yang kebutuhan SDM Non Medisnya disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit itu sendiri. Tim casemix ini belum mempunyai agenda rapat evaluasi yang rutin, hanya bila ada yang ulang tahun mereka kumpul sambil melakukan evaluasi kecuai bila ada peraturan yang baru yang berhubungan dengan kerja tim casemix maka kepala casemix akan langsung mengumumkan kepada anggota timnya. Pada umumnya tim casemix ini bekerja sama dengan baik tetapi belum ada system reward and punishment yang diterapkan khusus untuk tim casemix ini. Unit casemix ini juga tidak memiliki petugas verifikator internal yang salah satu tugasnya adalah memastikan kelengkapan dari berkas klaim BPJS sebelum dikirimkan ke BPJS sehingga klaimnya bisa diproses secara cepat dan efisien. Tugas dari verifikator ini diambil alih oleh pengentry data dan kepala casemix sendiri, hal ini yang

menyebabkan lambatnya pengiriman klaim yang dilakukan oleh Rumah Sakit.

1. Seberapa penting kerja tim casemix ini bagi RS ini?

Kutipan Wawancara terhadap :

(P1) : “.... peranan casemix ini penting sekali, karena kalau tim ini tidak bekerja dengan baik, seperti terlambat mengajukan klaim ke BPJS, hal ini akan menghambat pendapatan dari RS. Nah kalau terlambatnya sering maka akan mengakibatkan pembayaran untuk operasional sehari-hari di RS akan terganggu, yang nantinya akan berdampak pada kinerja karyawan termasuk dokternya sehingga tidak akan terciptanya kendali mutu kendali biaya”.

Hasil Interpretasi P1 menurut peneliti dapat menjawab bahwa tim casemix ini memegang peranan penting dalam proses keuangan Rumah Sakit.

(P2) : “.... peranan casemix ini penting sekali, karena kalau tim ini tidak bekerja dengan baik, seperti terlambat mengajukan klaim ke BPJS, hal ini akan menghambat pendapatan dari RS. Nah kalau terlambatnya sering maka akan mengakibatkan pembayaran untuk operasional sehari-hari di RS akan terganggu, yang nantinya akan berdampak pada kinerja karyawan termasuk dokternya sehingga tidak akan terciptanya kendali mutu kendali biaya”.

Hasil Interpretasi P2 menurut peneliti dapat di jawab pentingnya kerja tim casemix. Hasil interpretasi P1 dan P2 menurut peneliti dapat menjawab bahwa tim casemix ini memegang peranan penting dalam proses keuangan Rumah Sakit. Dan diperkuat dari hasil telaah dokumen dan observasi yang dilakukan oleh peneliti yang menunjukkan kinerja tim

casemix akan sangat mempengaruhi kinerja keuangan Rumah Sakit secara keseluruhan.

2. Apakah menurut dokter, sudah cukupkah jumlah anggota tim dokter dengan banyaknya jumlah pasien yang ada saat ini di RS?

(P1) : *“...Kalau menurut saya malah belum cukup terutama runnernya yang perlu ditambah. Sedangkan untuk coder dan Entry Datanya sudah cukup”*.

Hasil Intrepretasi P1 menurut peneliti dapat di jawab kalau ternyata masih dibutuhkan tambahan tenaga SDM.

“.... Jumlah coder untuk rawat jalan dan rawat inap ada 2 orang petugas tetapi ada 1 orang yang juga yang bisa menjadi coder walaupun dia di posisinya entry data”.

Hasil Intrepretasi P1 menurut peneliti dapat di jawab kalau ternyata masih dibutuhkan tambahan tenaga SDM sesuai dengan telaah dokumen dan hasil observasi yang dilakukan peneliti yang menggambarkan persepsi beban kerja yang cukup tinggi dan belum bisa di tangani oleh jumlah SDM yang ada

3. Apa latar belakang Pendidikan bapak dan ibu?

(P1) : *“... masih dokter umum dok, baru mau sekolah lanjut lagi. Mau ambil MARS kalau diijinkan pimpinan”*.

Hasil Intrepretasi P1 menurut peneliti dapat di jawab kepala casemix nya berpendidikan dokter umum dan masih ingin melanjutkan studinya ke jenjang lebih tinggi lagi.

(P2) : *“.... SMA, bukan Rekam Medis”*.

Hasil Intrepretasi P2 menurut peneliti dapat di jawab latar belakang pendidikannya.

(P3) : *“.... SMA, bukan Rekam Medis”*.

Hasil Intrepretasi P3 menurut peneliti dapat di jawab latar belakang pendidikannya.

(P4) : *“.... SI Kesehatan Masyarakat, bukan Rekam Medis”*.

Hasil Intrepretasi P4 menurut peneliti dapat di jawab latar belakang pendidikannya.

(P5) : *“.... D3 Keperawatan, bukan Rekam Medis”*.

Hasil Intrepretasi P5 menurut peneliti dapat di jawab latar belakang pendidikannya.

(P6) : *“.... D3 Keperawatan, bukan Rekam Medis”*.

Hasil Intrepretasi P6 menurut peneliti dapat di jawab latar belakang pendidikannya.

(P7) : *“.... SMA, bukan Rekam Medis”*.

Hasil Intrepretasi P7 menurut peneliti dapat di jawab latar belakang pendidikannya.

(P8) : *“.... SI Ekonomi, bukan Rekam Medis”*.

Hasil Intrepretasi P8 menurut peneliti dapat di jawab latar belakang pendidikannya.

(P9) : *“.... SI Manajemen, bukan Rekam Medis”*.

Hasil Intrepretasi P9 menurut peneliti dapat di jawab latar belakang pendidikannya.

(P10) : *“.... Saya dokter umum dan S2 saya MARS”*.

Hasil Intrepretasi P10 menurut peneliti dapat di jawab latar belakang pendidikannya. Hasil interpretasi P1 – P10 menurut peneliti dapat menjawab latar Pendidikan tetapi berdasarkan telaah dokumen dan obeservasi yang dilakukan peneliti masih ada beberapa latar belakang pendidikannya yang tidak sesuai dengan jabatannya yang jabat sekarang.

4. Berapa banyak berkas klaim BPJS yang bisa dikerjakan oleh tim Casemix dalam satu hari kerja di RS ini?

(P1) : *“...satu orang itu bisa mengerjakan sekitar 100 berkas untuk rawat jalan dengan total pasien yang datang sekitar kurang lebih 250 pasien jadi tidak akan bermasalah bila semuanya dikerjakan sampai clear atau lengkap sehingga berkas itu bisa diselesaikan per hari tidak menumpuk”*.

“.... Setelah sempat vakum dibulan Januari 2019, klaim yang kita kirim sekitar 4000 atau 5000 klaim tiap bulannya”.

Hasil Intrepretasi P1 menurut peneliti dapat menjawab mengenai rata-rata berkas klaim per hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

(P2) : “.... Dalam sehari saya bisa menyelesaikan sekitar kurang lebih 200 berkas per harinya”.

Hasil Intrepretasi P2 menurut peneliti dapat di jawab mengenai rata-rata berkas klaim per hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

(P3) : “.... Dalam sehari saya bisa mengumpulkan dan melakukan pengecekan ulang sekitar kurang lebih 200 berkas per harinya”.

Hasil Intrepretasi P3 menurut peneliti dapat di jawab mengenai rata-rata berkas klaim per hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

(P4) : “.... Saya sekitar 200 berkas per harinya”.

Hasil Intrepretasi P4 menurut peneliti dapat di jawab mengenai rata-rata berkas klaim per hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

(P5) : “.... Dalam sehari saya bisa menyelesaikan sekitar kurang lebih 200 samapi 250 berkas per harinya”.

Hasil Intrepretasi P5 menurut peneliti dapat di jawab mengenai rata-rata berkas klaim per hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

(P6) : “.... Dalam sehari saya bisa menyelesaikan sekitar kurang lebih 200 samapi 250 berkas per harinya”.

Hasil Intrepretasi P6 menurut peneliti dapat di jawab mengenai rata-rata berkas klaim per hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

(P7) : “.... Dalam sehari saya bisa menyelesaikan sekitar kurang lebih 200 berkas per harinya”.

Hasil Intrepretasi P7 menurut peneliti dapat di jawab mengenai rata-rata berkas klaim per

hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

(P8) : “.... Dalam sehari saya bisa menyelesaikan sekitar 200 berkas per harinya”.

Hasil Intrepretasi P8 menurut peneliti dapat di jawab mengenai rata-rata berkas klaim per hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

(P9) : “.... Dalam sehari saya bisa menyelesaikan sekitar 200 berkas per harinya”.

Hasil Intrepretasi P9 menurut peneliti dapat di jawab mengenai rata-rata berkas klaim per hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

(P10) : “... kalau perhari itu kurang lebih 200 klaim jadi kalau 1 bulan itu sekitar 5000 samapi 6000 klaim”.

Hasil Intrepretasi P10 menurut peneliti dapat di jawab mengenai rata-rata berkas klaim per hari yang harus diselesaikan oleh tim casemix.

Hasil interpretasi P1 – P10 menurut peneliti dapat menjawab rata-rata berkas klaim yang mereka kerjakan dalam 1 (satu) hari kerja sesuai dengan telaah dokumen dan observasi yang dilakukan oleh peneliti.

5. Apakah bapak dan ibu sudah mengetahui tugasnya?

(P1) : “....tugas saya adalah memastikan kalau klaimnya lengkap, tidak ada data yang salah dan tepat waktu saat dikirimkan k BPJS dab tidak ada yang dikembalikan oleh BPJS”.

Hasil Intrepretasi P1 menurut peneliti dapat di jawab mengenai tugasnya.

(P2) : “.... Paham, tugas saya sebagai runner itukan mengambil berkas dari kasir dan melakukan pengecekan ulang berkas tersebut, bila ada yang masih belum lengkap maka saya harus pergi ke bagian mana yang belum lengkap

tersebut untuk dilengkapi berkas-berkasnya”.

Hasil Intrepretasi P2 menurut peneliti dapat di jawab mengenai tugasnya.

(P3) : *“.... Paham, tugas saya sebagai runner adalah mengambil berkas dari kasir dan melakukan pengecekan ulang berkas tersebut, bila ada yang masih belum lengkap maka saya harus pergi ke bagian mana yang belum lengkap tersebut untuk dilengkapi berkas-berkasnya kemudian saya akan melakukan pengecekan ulang berkas tersebut sebelum saya menyerahkan ke bagian koder”.*

Hasil Intrepretasi P3 menurut peneliti dapat di jawab mengenai tugasnya.

(P4) : *“.... Paham, tugas koder itukan mengkoding diagnosa setelah berkas dinyatakan clear semuanya. Saya mengkoding, saya lihat diagnosanya apa dan tindakannya apa (ICD 9 dan ICD 10). Dan itu banyak sekali penyakit-penyakit dan tindakannya”.*

Hasil Intrepretasi P4 menurut peneliti dapat di jawab mengenai tugasnya.

(P5) : *“.... Paham, tugas koder itukan mengkoding diagnosa setelah berkas dinyatakan beres semuanya, maksudnya tidak ada lagi data yang belum diisi atau kesalahan pengisian data. Saya mengkoding, lihat dulu diagnosanya apa yang ditulis dan tindakannya apa (ICD 9 dan ICD 10)”.*

Hasil Intrepretasi P5 menurut peneliti dapat menjawab mengenai tugasnya.

(P6) : *“.... Paham, tugas koder itukan mengkoding diagnosa setelah berkas dinyatakan beres semuanya, maksudnya tidak ada lagi data yang belum diisi atau*

kesalahan pengisian data. Saya mengkoding, lihat dulu diagnosanya apa yang ditulis dan tindakannya apa (ICD 9 dan ICD 10)”.

Hasil Intrepretasi P6 menurut peneliti dapat di jawab mengenai tugasnya.

(P7) : *“.... Paham, tugas saya sebagai pengentry data itukan menginput berkas pengajuan klaim ke dalam softwarena Inacbg’s, mencetak dan melampirkan laporan individual pasien pada berkas pengajuan klaim, mencetak rekapitulasi pasien berdasarkan Inacbg’s pertanggal pelayanan dan melakukan impor data dalam bentuk TXT yang terdapat dalam software Inacbg’s serta menterahkan berkas pengajuan klaim beserta lembar pengajuan klaim kepada petugas verifikasi BPJS”.*

Hasil Intrepretasi P7 menurut peneliti dapat di jawab mengenai tugasnya.

(P8) : *“.... Paham, tugas saya sebagai pengentry data itukan menginput berkas pengajuan klaim ke dalam softwarena Inacbg’s, mencetak dan melampirkan laporan individual pasien pada berkas pengajuan klaim, mencetak rekapitulasi pasien berdasarkan Inacbg’s pertanggal pelayanan dan melakukan impor data dalam bentuk TXT yang terdapat dalam software Inacbg’s serta menterahkan berkas pengajuan klaim beserta lembar pengajuan klaim kepada petugas verifikasi BPJS”.*

Hasil Intrepretasi P8 menurut peneliti dapat di jawab mengenai tugasnya.

(P9) : *“.... Paham, tugas saya sebagai pengentry data itukan menginput berkas pengajuan klaim ke dalam*

softwaranya Inacbg's, mencetak dan melampirkan laporan individual pasien pada berkas pengajuan klaim, mencetak rekapitulasi pasien berdasarkan Inacbg's pertanggal pelayanan dan melakukan impor data dalam bentuk TXT yang terdapat dalam software Inacbg's serta menterahkan berkas pengajuan klaim beserta lembar pengajuan klaim kepada petugas verifikasi BPJS".

Hasil Intrepretasi P9 menurut peneliti dapat di jawab mengenai tugasnya.

Hasil Interpretasi P1 – P9 dapat menjawab mengenai tugas mereka masing-masing tetapi berdasarkan hasil telaah dokumen dan observasi yang dilakukan oleh peneliti, masih ditemukan uraian tugas yang berbeda antara uraian tugas yang di SK dengan kenyataan sehari-hari.

Sarana dan Prasarana Unit Casemix Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, Bekasi.

Untuk sarana dan prasarana tim Casemix itu diatur berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs). Ruang unit Casemix Rumah sakit Karya Medika II Tambun, Bekasi, terletak dilantai 2 dengan luas kira-kira 30 M² yang di isi dengan 9 meja kerja, computer, dispenser, lemari buku dan ada kamar mandi, tetapi tidak bisa digunakan lagi. Tidak ada ruangan khusus buat kepala unitnya dan ruang tamu. Ruang unit casemix ini menurut pengamatan peneliti kurang memenuhi standar kesehatan, dimana tidak ada sirkulasi udaranya, banyak berkas-berkas kertas yang menumpuk, AC tidak berfungsi semuanya dan yang paling tidak pas adalah letak dispenser yang ada dibelakang kursi pekerja, hal ini berbahaya karna ada listriknya. Bahkan pernah ada kejadian ditemukan tikus mati diruangan

tersebut belum lama ini. Untuk computer menurut mereka masih bisa diandalkan, hanya masalahnya komputernya tidak memiliki filter radiasi dimana hal tersebut penting untuk kesehatan mata para anggota tim casemix. Masalah yang paling dirasakan penting bagi tim casemix adalah jaringan internet yang lambat. Kecepatan jaringan internet ini sangat diperlukan mereka dalam bekerja. Pernah suatu hari jaringan internetnya mati sehingga mereka tidak bisa bekerja selama setengah (1/2) hari, hal ini yang menyebabkan bertumpuknya berkas klaim yang harus mereka kerjakan. Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, Bekasi juga memfasilitasi karyawannya untuk mengikut pelatihan yang sesuai dengan tanggungjawab mereka di tim casemix.

1. Bagaimana menurut bapak dan ibu mengenai sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit ini?

(P1) : *"... belum terutama tentang internetnya, dimana kecepatan internet ini sangat berpengaruh dengan kinerja dari tim casemix ini dalam hal menginput data-data. Pernah ada satu (1) hari internetnya mati, ya udah tim casemixnya tidak bisa melakukan pekerjaannya. Kalau untuk computer juga ada yang sudah waktunya untuk diganti tetapi ya karena keadaan dan kondisi, kita tetap memanfaatkan computer yang ada saja dulu". Dan sudah diusulkan sejak 1/2 tahun yang lalu tetapi belum terwujudkan. Tetapi yang paling penting adalah koneksi internetnya yang perlu diperbaiki". Mungkin ruangnya harus direnovasi sedikit biar lebih rapi, kemarin ada tikus yang mati diruangan casemix ini".*

Hasil Intrepretasi P1 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

(P2) : “... kurang kalau menurut saya, terutama dalam pengisian yang masih sering lupa diinput”.

Hasil Intrepretasi P2 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

(P3) : “... kurang kalau menurut saya, terutama dalam pengisian yang masih sering lupa diinput”.

Hasil Intrepretasi P3 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

(P4) : “... Belum kalau menurut saya, terutama jaringan internetnya yang sangat penting. Komputer ditempat saya sampai sudah diganti CPU nya tapi tetap saja agak lambat”.

Hasil Intrepretasi P4 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

(P5) : “... kurang kalau menurut saya, terutama jaringan internetnya yang sangat penting. Komputer juga mungkin harus ditingkatkan kapasitasnya”.

Hasil Intrepretasi P5 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

(P6) : “... kurang kalau menurut saya, terutama jaringan internetnya yang sangat penting. Komputer juga mungkin harus ditingkatkan kapasitasnya”.

Hasil Intrepretasi P6 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

(P7) : “... kurang kalau menurut saya, terutama jaringan internetnya yang sangat penting. Komputer juga mungkin harus ditingkatkan kapasitasnya”.

Hasil Intrepretasi P7 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

(P8) : “... kurang kalau menurut saya, terutama jaringan internetnya yang sangat penting. Komputer juga mungkin harus ditingkatkan kapasitasnya”.

Hasil Intrepretasi P8 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

(P9) : “... kurang kalau menurut saya, terutama jaringan internetnya yang sangat penting. Komputer juga mungkin harus ditingkatkan kapasitasnya”.

Hasil Intrepretasi P9 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

(P10) : “... Menurut saya sih mereka sudah punya ruangan yang baik, IT juga sudah karna mereka tidak complain dengan itu”.

Hasil Intrepretasi P10 menurut peneliti dapat di jawab mengenai sarana dan prasarana.

Hasil interpretasi P1 – P10 menurut peneliti dapat menjawab mengenai ketersediaan sarana dan prasarana di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi, sesuai dengan telaah dokumen dan observasi yang dilakukan oleh peneliti masih ditemukan sarana dan prasarana yang kurang menunjang kinerja unit casemix.

SPO Unit Casemix Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, Bekasi.

Secara keseluruhan SPO yang terdapat di unit Casemix yang mengatur tentang tanggung jawab, tugas dan wewenang dari tiap anggota tim casemix sudah ada walaupun belum mengatur secara jelas, berbeda dengan temuan sehari-hari atau dilapangan misalnya tentang kualifikasi tiap anggota timnya. Belum adanya struktur organisasi casemix yang jelas letaknya dibawah tanggungjawab siapa, karna ada pergantian struktur organisasi Rumah Sakit. Menurut Direktur Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, Bekasi unit Casemix itu berada dibawah Direktur langsung, jadi unit casemix ini bertanggungjawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, Bekasi.

SPO ini sangat penting sekali, karena SPO ini yang mengatur tentang apa yang menjadi tugas mereka, wewenang mereka dalam memutuskan suatu permasalahan, bagaimana menyelesaikan masalah yang terjadi di unit mereka. SPO ini penting sekali

sebagai petunjuk dan perlindungan mereka dalam melakukan pekerjaan mereka.

1. Bagaimana alur kerja dari tim casemix ini dalam hal proses pengajuan klaim BPJS RS di sini?

(P1) : “... dalam setiap selesai hari kerja, runner atau pengolah data awal akan mengambil berkas dari kasir, kemudian berkas akan dibawa kedalam ruangan casemix untuk dilakukan pengecekan ulang oleh runner. Bila data di berkas masih ada yang kurang maka, tugas runnerlah untuk kembali ke kasir atau ke bagian yang kurang lengkap tersebut untuk dilengkapi. Bila data yang diperiksa sudah lengkap, maka berkas tersebut akan diberikan kepada petugas coder untuk dilakukan pengkodean yang sesuai dengan berkas medisnya. Setelah pengkodean selesai dilakukan, maka berkas tersebut akan dilakukan entry data oleh petugas entry agar bisa dibuatkan klaim BPJS nya. Berkas klaim yang sudah rapi dan benar akan diberikan kepada Kepala Casemix untuk dilakukan pemeriksaan terakhir sebelum diajukan ke Direktur untuk ditangani. Setelah dari Direktur, berkas klaim BPJS bisa dikirimkan ke BPJS untuk dibayarkan sesuai dengan klaim yang diberikan”.

Hasil Intrepretasi P1 menurut peneliti dapat di jawab mengenai Alur kerja tim casemix dalam proses pengajuan klaim BPJS.

(P7) : “... tahu. Dari runner ke kasir, trus ke coder setelah di cek berkasnya lengkap atau tidak, kemudian ke petugas entry data kemudian dilaporkan ke kepala casemix lalu ke Direktur untuk minta pengesahan lalu dikirimkan ke BPJS”.

Hasil Intrepretasi P7 menurut peneliti dapat di jawab mengenai Alur kerja tim casemix dalam proses pengajuan klaim BPJS.

(P8) : “... tahu. Runner akan ambil billing di kasir , trus ke coder, kemudian ke petugas entry data kemudian dilaporkan ke kepala casemix lalu ke Direktur untuk minta pengesahan lalu dikirimkan ke BPJS”.

Hasil Intrepretasi P8 menurut peneliti dapat di jawab mengenai Alur kerja tim casemix dalam proses pengajuan klaim BPJS.

(P9) : “... tahu. Runner akan ambil berkas di kasir , trus ke coder setelah dicek lengkap atau tidak berkasnya kemudian ke petugas entry data kemudian dilaporkan ke kepala casemix lalu ke Direktur untuk minta pengesahan lalu dikirimkan ke BPJS”.

Hasil Intrepretasi P9 menurut peneliti dapat di jawab mengenai Alur kerja tim casemix dalam proses pengajuan klaim BPJS.

Hasil interpretasi P1, P7, P8 dan P9 menurut peneliti dapat menjawab mengenai alur kerja dari tim casemix ini sesuai dengan hasil telaah dokumen serta observasi yang dilakukan oleh peneliti.

2. Dalam struktur organisasi Rumah Sakit Karya Medika II, tim casemix ini dibawahnya siapa?

(P1) : “... kalau dulu dibawahnya Wadir YanMed, tetapi ada wacana perubahan struktur organisasi di Rumah Sakit ini, jadi belum jelas dimana posisi casemix ini”.

Hasil Intrepretasi P1 menurut peneliti dapat menjawab mengenai struktur organisasi.

(P10) : “... kalau dulu dibawahnya Wadir YanMed, tetapi saya akan mengubah struktur supaya tim casemix itu ada dibawah Direktur langsung”.

Hasil Intrepretasi P10 menurut peneliti dapat menjawab mengenai struktur organisasi.

Hasil interpretasi P1 dan P10 menurut peneliti dapat menjawab mengenai struktur organisasi dari unit casemix didalam struktur organisasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi, tetapi berdasarkan hasil telaah dokumen serta

observasi yang dilakukan peneliti terdapat perubahan struktur organisasi yang belum diputuskan. **KESIMPULAN**

Kesimpulan dari hasil penelitian diatas adalah sebagai berikut :

1. a. Kepala casemix.

- 1) Uraian Tugas : uraian tugas sebagai kepala casemix ini tidak sesuai antara yang tertera di SK dengan tugas sehari-harinya karena dalam kenyataannya kepala casemix melakukan lebih banyak lagi.
- 2) Kewenangan : terdapat permasalahan karena sebagai kepala casemix wewenangnya adalah memastikan penagihan dengan pihak luar berjalan lancar dan tepat waktu tetapi pada kenyataannya penagihan sulit untuk memastikan karena terkait dengan koordinasi dengan unit-unit lainnya sehingga tidak berjalan baik dan tepat waktu, yang hal ini dapat menyebabkan gangguan pada kinerja bagian keuangan Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi.
- 3) Tanggungjawab : Terlaksananya pelayanan pasien dengan penjaminan (Asuransi, PT, BPJS, Kartu Sehat Bekasi) yang bermutu, mengkoordinir kegiatan anggota casemix dan memastikan terciptanya suasana kerja yang aman dan nyaman, hal ini akan bermasalah bila tagihan klaim asuransinya terlambat dilakukan penagihan sehingga akan memberikan dampak pada pelayanan dengan mutu yang jelek sehingga pasien tidak terlayani dengan baik.
- 4) Prasyarat jabatan : yang diminta oleh Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi adalah lulusan Kedokteran Umum atau D3 Keperawatan pada kenyataannya tim casemix Rumah Sakit karya Medika

II Tambun Bekasi sudah dipimpin oleh seorang dokter umum yang sudah memiliki pengalaman di bidang yang sama kurang lebih 1 tahun, sudah mengikuti pelatihan coder serta mengetahui regulasi BPJS yang berlaku dan yang paling penting mengetahui clinical pathway penyakit.

1. b. Pengolah Data / Runner.

- 1) Uraian Tugas : Uraian tugas yang tertera di SKnya dalam pelaksanaannya tidak sesuai dan sangat tidak efisien. Karena runner harus bergerak ke bagian-bagian lain bila ada ketidaklengkapan dalam pengisian berkas klaim dan runner di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi ini usianya sudah tua jadi sangat tidak menunjang kinerja tim casemix yang tinggi.
- 2) Wewenang : Menerima berkas rawat inap dari bagian administrasi rawat inap serta melakukan koordinasi dengan bagian yang terkait perihal kelengkapan berkas hal ini diperlukan ketelitian dari runner untuk melihat kelengkapan dari berkas klaimnya.
- 3) Tanggungjawab : Terlaksananya pelayanan pasien BPJS yang bermutu dan terciptanya suasana kerja yang aman dan nyaman yang terlihat dilapangan adalah bila berkas tidak lengkap maka tugas runnerlah untuk pergi kebagian yang belum mengisi untuk dilengkapi berkasnya.
- 4) Prasyarat jabatan : Runnernya lulusan SMA atau sederajat dengan sudah mengikuti pelatihan BHD, PPI, K3 dan lain-lain pada kenyataannya sekarang itu tidak ada lulusan SMA lagi yang bekerja di Rumah Sakit karena mereka masih

- belum paham tentang berkas-berkas kesehatan.
1. c. Koder.
 - 1) Uraian Tugas : Tugas yang ada di SK salah satunya melakukan koordinasi dengan dokter atau bagian lain serta merevisi klaim pada kenyataannya petugas koder ini harus seperti runner yang akan mencoba mengisi bagian yang kurang lengkap.
 - 2) Wewenang : Wewenang di SK terlalu luas karena harus melakukan pengkodean diagnosis penyakit dan tindakan yang membutuhkan clinical pathway yang baik dan benar.
 - 3) Tanggungjawab : Tanggungjawab yang tertera di SK menurut peneliti masih terlalu luas cakupannya.
 - 4) Prasyarat Jabatan : Prasyarat jabatan petugas koder di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi tidak sesuai dengan yang diinginkan, pada kenyataannya koder yang ada sekarang adalah D3 Keperawatan dan S1 Kesehatan Masyarakat serta SMA. Hal ini bisa mengganggu kinerja tim casemix sehingga kurang maksimal.
 1. d. Pengentry data.
 - 1) Tugas: Uraian tugas yang ada di SK terlalu banyak sehingga pada pada kenyataannya terlalu banyak yang harus dikerjakan sehingga membuat kurang maksimal kinerjanya.
 - 2) Wewenang: wewenang yang dimiliki ini terlalu besar karena bila tidak memiliki dasar pengetahuan clinical pathway yang baik akan bisa mengubah-ubah diagnosis yang nantinya akan mengubah jumlah klaim yang diajukan Rumah Saki Karya Medika II Tambun Bekasi.
 - 3) Tanggungjawab: Tanggung jawab yang ada di SK semuanya sama untuk petugas yang lain tetapi pada kenyataannya kerja mereka berbeda jadi tanggung jawabnya juga harus berbeda tiap bagiannya.
 - 4) Prasyarat Jabatan : Sesuai permintaan Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi untuk posisi pengentry data yang diminta S1 umum, D3 umum dan SMA, seharusnya tidak bisa S1 umum, D3 umum dan SMU, karena yang dimasukan datanya adalah data-data kesehatan yang tidak mudah dimengerti oleh lulusan lain selain Kedokteran umum, gigi dan D3 Rekam Medis, hal ini jika tidak diperhatikan benar agak menghambat kinerja dari tim casemix itu sendiri.
 - 5) Verifikator : Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi tidak memiliki jabatan untuk petugas Verifikator, padahal verifikator ini sangat penting untuk memastikan bahwa klaim yang dikirimkan itu sudah lengkap terisi dan tepat waktu, sehingga dapat menghasilkan kinerja yang efisien sehingga bisa kendali mutu dan kendali biaya.
2. Sarana dan Prasarana: Yang di sediakan oleh Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi sudah cukup baik dengan memiliki ruangan tersendiri, berdasarkan observasi yang ditemukan bahwa ruangan kepala unit tim casemix tidak memiliki ruangan tersendiri dan juga tidak tersedianya ruang tamu, pengaturan ruang yang terlalu sempit, tata letak barang yang tidak pada tempatnya, dan yang paling utama adalah jaringan internet yang lambat yang sangat mempengaruhi kinerja dari tim casemix.
 3. Indikator kinerja: Indikator kinerja dari unit tim casemix ini sulit ditentukan karena uraian tugas anggota unit tim

casemix ini masih belum sesuai dengan kenyataan di lapangan.

SARAN

Dari hasil pengamatan, peneliti dapat memberikan beberapa saran, yaitu:

1. SDM:

- a. Untuk menambah petugas runnernya dengan petugas yang masih berusia muda sehingga mampu bertindak cepat untuk proses kelengkapan berkas klaim.
- b. Membuat uraian tugas, wewenang dan tanggungjawab yang lebih spesifik lagi untuk masing-masing petugas tim unit casemix Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi.

2. Kompetensi:

- a. Diharapkan untuk kedepannya dilakukan perekrutan yang sesuai dengan jabatannya sehingga dapat memaksimalkan kinerja agar memperoleh hasil yang maksimal.
- b. Untuk yang ada sekarang harus secara kontinyu dilakukan pelatihan baik secara internal maupun eksternal yang sesuai dengan tugas dan tanggungjawabnya masing-masing.
- c. Agar unit casemix ini membuat rancangan strategik dalam menyusun program kerjanya.

3. Sarana dan Prasarana :

- a. Agar dibuatkan ruangan khusus kepala unit casemix serta ruang tamu agar lebih nyaman dalam melakukan pekerjaan.
- b. Menata ulang ruang casemix yang ada sekarang seperti posisi meja dan kursi yang sesuai aturan yang berlaku, sehingga tidak ada lagi dispenser yang letaknya persis dibelakang kursi petugas, membuat jendela sebagai ventilasi udara.
- c. Menambah kecepatan dari jaringan internetnya agar kinerja unit tim

casemix ini bisa terlaksana dengan baik.

- d. Komputernya dipasang filter buat radiasi, karena mereka bekerja dengan menggunakan computer dalam jangka waktu yang lama sehingga berakibat tidak baik bagi kesehatan mata mereka, dimana semua petugas tim casemix menggunakan kacamata yang minusnya bertambah terus. Sebaiknya pihak Rumah Sakit mengadakan pemeriksaan kesehatan mata bagi petugas yang baru masuk ke tim casemix atau yang sudah bekerja di tim casemix sehingga bila bertambah minusnya, maka mereka bisa mendapatkan kompensasi kacamata baru dari Rumah Sakit.

4. Indikator Kinerja: Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi perlu membuat indikator kerja unit berdasarkan uraian tugas dan kompetensi yang sesuai kebutuhan bobot pekerjaan, seperti :
 - a. Berapa jumlah berkas klaim yang dikirimkan Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi oleh BPJS dalam 1 (satu) bulan?...100%
 - b. Berapa jumlah berkas pending yang dikembalikan oleh BPJS dalam 1 (satu) bulan?... 0% dan sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aljunid, P. D. (2014). Sistem Casemix Untuk Pemula, Konsep dan Aplikasi Untuk Negara Berkembang (Penerapan di Indonesia). Sistem Casemix Untuk Pemula, Konsep dan Aplikasi Untuk Negara Berkembang (Penerapan di Indonesia), CV Energy Printing , ISBN 978-967-11933-1-0, Edisi Cetakan ke 2
2. Binsasi, E. (2016). Model Besar Klaim (Severity) Yang Diajukan Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan. SAINTEKBU, 8(2). SAINTEKBU: Jurnal Sains dan Teknologi Volume 8 no.2 Februari 2016 ISSN : 1979-7141 31

3. Bagian Hukormas Sekretaris Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2013, Buletin BUK Mei 2013, Kemenkes RI, Jakarta
4. BPJS.2014. Perubahan Tarif INA-CBGs Membuat Biaya Kesehatan Lebih Efektif. Jakarta Pusat.
5. Departemen Kesehatan RI, 2009, Sistem Kesehatan Nasional, Depkes RI, Jakarta
6. Dewi Indah Yuniati, Analisis Hasil Koding yang Dihasilkan oleh Coder di Rumah Sakit Pemerintah X di Kota Semarang Tahun 2012
7. Dewi Mardiwati, Devid Leonard, Analisis Pelaksanaan Pengodean Tindakan Medis Pasien JKN di RSI Siti Rahmah Padang, Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problem Kesehatan, E-ISSN-2477-6521, Vol 4 (1) Februari 2019 (34-44)
8. Hastomo, Buku Panduan software in-cbg 3.1
9. Hosizah.(2013). Case Mix Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Rumah Sakit di Indonesia diunduh pada <http://www.esaunggul.ac.id/article/case-mix-upaya-pengendalian-biaya-rumah-sakit-di-Indonesia>.
10. Ifmi, K. 2011. Studi Kebijakan Penggunaan Sistem casemix Berbasis Kode International Classification Of Disease-Ten (CD-X) Pada Pasien Jamkesmas Di RSUD. DR.Rasidin Kota Padang Tahun 2011. Universitas Andalas
11. Jurnal ARSI, Juni 2015, Novita Nuraini, Analisis Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis di Instalasi Rekam Medis RS "X" Tangerang Periode April-Mei 2015
12. Kemenkes. (2013). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 455/MENKES/SK/XI/2013.
13. Kebijakan Kesehatan Indonesia.(2012). KebijakanPembiayaan Kesehatan, [http://www.KebijakanKesehatanIndonesia.net/337-kebijakan-pembiayaan Kesehatan](http://www.KebijakanKesehatanIndonesia.net/337-kebijakan-pembiayaan-Kesehatan).
14. Maghfirah I, Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia
15. Moehersono. (2010). Pengukuran Kinerja Berbasis Kompetensi. Surabaya: Ghalia Indonesia
16. Pujihastuti, A. &. (2014). Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, 2
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
18. Republik Indonesia.(2014). Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.Jakarta
19. Suwatno dan Donni Juni Priansa. 2011. Manajemen SDM dalam Organisasi Publik dan Bisnis. Penerbit ALFABETA.Bandung.
20. Suhartoyo, Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA - CBGs, Administrative Law & Governance Journal Vol. 1 Edisi Khusus 1 2018, ISSN 2621-2781 Online
21. Sukma Puspitorini, Sri Kusumadewi, Linda Rosita, SPK Penentuan Severity Level Kasus Penyakit Dengan Pohon Keputusan, Seminar Nasional Informatika Medis (SNIMed) VII, 2016
22. Sunyoto, D.(2012).Manajemen Sumber Daya Manusia. Yogyakarta: CAPS.
23. SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan, Vol. 2 | No. 1 | Th. 2016, Irene Ranny Kristya Nugraha, P. Lindawaty S. Sewu dan Tammy J. Siarif, Kompetensi Sumber Daya Manusia Dalam Penyelenggaraan Hemodialisis Di Rumah Sakit Di

- Hubungkan Dengan Asas Perlindungan Hukum
24. Thabrany.H (2014). Jaminan Kesehatan Nasional. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta
 25. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
 26. Wibowo B, Pelaksana INA-CBG di RSUP Dr. Kariadi, RSUP Dr. Kariadi, Semarang
 27. Carmen M Mendez, Darrel W Harrington, Peter Christenson, Brad Spelberg, Impact of Hospital variables on casemix index as a marker of disease severity, 2014, Population health management 17 (1), 28-34, 2014.
 28. Minyichil Birhanu, Berhane Gebrekidan, Getasew Tesefa, and Minale Tareke, 2018, Workload Determines Workplace Stress among Health Professionals Working in Felege – Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, Northwest Ethiopia, Hindawi, Journal of Environmental and Public Health, Volume 2018, Article ID 6286010, 8 pages, <https://doi.org/10.1155/2018/6286010>
 29. Igor Portoghese, Maura Galletta, Rosa Cristina Coppola, Gabriele Finco, Marcello Campagna, 2014, Burnout and Workload Among Health Care workers : The Moderating Role of job Control, Safety and Health at Work, ELSEVIER, journal homepage: www.e-shaw.org
 30. Kazuaki Kuwabara, Shinya Matsuda, Kiyohide Fushimi, Koichi B Ishikawa, Hiromasa Horiguchi, 2011, Contribution of case-mix classification to profiling hospital characteristics and productivity, The International journal of health planning and management 26 (3), e 138-e150, 2011