

EFEKTIVITAS SIMRS PADA INA-CBGs TERHADAP KETEPATAN TARIF KLAIM BPJS RAWAT INAP DI RSUD X

Ramadhan Gunawan¹, Hari²

^{1,2}Program Studi Analisis Kesehatan

1,2Politeknik Piksi Ganesha, Jl. Jend. Gatot Soebroto No. 301 Bandung

E-mail: ramdhangunawan29@gmail.com¹; harihazard024@gmail.com²

Abstrak (Indonesia)

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk mendukung proses klaim, khususnya rawat inap. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi efektivitas SIMRS dalam mengelola tarif klaim BPJS di salah satu RSUD X sesuai aturan INA-CBGs. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif melalui observasi dan wawancara mendalam dengan enam petugas klaim. Proses klaim di RSUD meliputi verifikasi data pasien, pengkodean diagnosa dan tindakan medis menggunakan ICD-10 dan ICD-9, integrasi data pasien dengan SIMRS dan INA-CBGs, validasi kesesuaian tarif, dan finalisasi klaim. Hasil penelitian menunjukkan bahwa SIMRS efektif dalam mengurangi beban administratif dan meningkatkan efisiensi klaim. Integrasi SIMRS dengan INA-CBGs juga membantu menjaga akurasi dan kesesuaian tarif, mengurangi kebutuhan entri data manual, dan mempercepat proses klaim. Namun, beberapa kendala ditemukan, seperti antarmuka SIMRS yang rumit dan ketidaksesuaian tarif antara SIMRS dan INA-CBGs, yang memerlukan perbaikan manual. Kendala ini menunjukkan perlunya penyederhanaan antarmuka dan peningkatan integrasi sistem untuk memperbaiki proses klaim, sehingga dapat mendukung efisiensi operasional dan keuangan rumah sakit.

Kata kunci : Efektivitas SIMRS, Klaim BPJS, INA-CBGs

Abstract

BPJS Kesehatan, as the administrator of the National Health Insurance (JKN), utilizes the Hospital Management Information System (SIMRS) to support the claim process, particularly for inpatient services. This study aims to evaluate the effectiveness of SIMRS in managing BPJS claim rates at one of the RSUD X in accordance with INA-CBGs regulations. The research employs a qualitative approach through observation and in-depth interviews with six claim officers. The claim process at RSUD includes patient data verification, coding of diagnoses and medical procedures using ICD-10 and ICD-9, integration of patient data with SIMRS and INA-CBGs, validation of tariff accuracy, and claim finalization. The results show that SIMRS is effective in reducing administrative burdens and improving claim efficiency. SIMRS integration with INA-CBGs also helps maintain accuracy and consistency of tariffs, reducing the need for manual data entry and accelerating the claim process. However, some challenges were identified, such as the complex SIMRS interface and tariff discrepancies between SIMRS and INA-CBGs, which require manual corrections. These issues indicate the need for interface simplification and system

integration improvements to enhance the claim process, thus supporting operational and financial efficiency at the hospital.

Keywords: SIMRS Effectiveness, BPJS Claims, INA-CBGs

PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan lembaga yang dibentuk oleh pemerintah Indonesia sebagai penyelenggara program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014. Awalnya, jaminan sosial kesehatan di Indonesia dikelola oleh PT Askes Indonesia, sebuah perusahaan asuransi kesehatan. Namun, pada awal tahun 2013, PT Askes berubah menjadi BPJS Kesehatan. Dengan perubahan ini, diharapkan BPJS Kesehatan dapat memberikan layanan kesehatan yang lebih baik dan lebih luas bagi masyarakat dibandingkan dengan sebelumnya (Solechan, 2019). Program yang dibentuk oleh pemerintah untuk menjamin kesehatan masyarakat Indonesia, dan menjadikannya terjangkau serta murah yang dapat dijangkau oleh semua kalangan masyarakat di Indonesia. Sistem klaim BPJS untuk pasien rawat inap menggunakan skema *Indonesia Case-Based Groups* (INA-CBGs), yaitu cara pembayaran yang berdasarkan kelompok penyakit atau tindakan medis yang dilakukan, bukan per layanan satuan. Tujuannya adalah untuk membuat biaya perawatan lebih efisien dan memastikan rumah sakit memberikan layanan yang tepat sesuai kebutuhan pasien.

Ketepatan tarif klaim BPJS sangat penting untuk menjaga keberlanjutan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dengan tarif klaim yang akurat, rumah sakit dapat memastikan bahwa mereka menerima pembayaran yang sesuai dengan layanan yang diberikan, sehingga dapat mengelola sumber daya dan operasi dengan lebih efisien. Ini juga membantu menjaga kualitas pelayanan kepada pasien dan memastikan rumah sakit tetap berfungsi dengan baik. Klaim yang tidak tepat, seperti tarif yang tidak sesuai atau kesalahan dalam penentuan klaim, dapat menyebabkan kerugian finansial bagi rumah sakit, terutama dalam pelayanan rawat inap. Keterlambatan penerimaan pembayaran berdampak pada arus keuangan rumah sakit, yang akan memengaruhi perencanaan anggaran. Kebijakan ini berpengaruh pada kualitas mutu layanan di Rumah sakit, terutama dalam aspek keuangan, efektivitas pelayanan, keamanan, dan kenyamanan pelayanan (Anyaprita, Siregar, Hartono, Fachri, & Ariyanti, 2020). Rumah sakit sering menghadapi masalah selisih klaim, verifikasi yang lama, dan penolakan klaim, yang dapat mengganggu arus keuangan dan menambah beban administrasi.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah sistem informasi terpadu yang dirancang untuk mengelola seluruh proses manajemen rumah sakit. Ini

mencakup layanan diagnosis dan tindakan pasien, rekam medis, apotek, gudang farmasi, penagihan, manajemen, logistik, penggajian karyawan, proses akuntansi, hingga pengendalian oleh manajemen.(Molly & Itaar, 2021). . Selain itu SIMRS dapat membantu proses klaim yang di ajukan lebih akurat dan efektif dengan terintegrasinya SIMRS dan INA-CBGs yang membuat data-data pada SIMRS akan langsung otomatis masuk kedalam data INA-CBGs yang mana akan mengurasi kesalahan yang diakibatk oleh petugas

INA-CBG's adalah singkatan dari Indonesia Case Base Group, yaitu aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim kepada pemerintah. INA-CBG's menerapkan sistem pembayaran berbasis "paket" yang disesuaikan dengan penyakit yang dialami pasien. Case Base Group (CBG) sendiri berarti metode pembayaran perawatan pasien yang didasarkan pada diagnosis atau kasus-kasus yang hampir serupa (Husin & Sari, 2019). Dalam INA-CBGs, setiap diagnosis atau kasus penyakit dikelompokkan ke dalam kategori yang dikenal sebagai "casemix group" berdasarkan diagnosis utama, prosedur medis, usia, jenis kelamin, dan faktor-faktor lain. Sistem ini memungkinkan BPJS Kesehatan untuk menentukan tarif pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kompleksitas dan kebutuhan pasien. Kesesuaian antara diagnosis, tindakan medis, dan klaim yang diajukan sangat penting, karena ketidakcocokan dapat mengakibatkan perbedaan tarif dan kerugian finansial bagi rumah sakit. Hal ini juga mempengaruhi kelancaran proses klaim dan pembayaran dari BPJS Kesehatan sebab apabila terjadi perbedaan tarif antara rumah sakit dan BPJS maka akan mengakibatkan penolakan atau penundaan klaim. Penerapan INA-CBGs menghadapi tantangan seperti validasi data pasien yang kurang akurat, penggunaan kode diagnosis yang tidak sesuai, dan perbedaan antara biaya rumah sakit dan tarif klaim. Masalah ini dapat mempengaruhi akurasi pengelompokan kasus dan pembayaran klaim, serta menambah kerugian keuangan dan memperlambat proses klaim.

SIMRS berperan besar dalam mengelola data dan klaim BPJS Kesehatan. Evaluasi efektivitas SIMRS akan memastikan bahwa klaim tarif BPJS diajukan dengan tepat, mengurangi risiko kesalahan yang bisa merugikan rumah sakit secara finansial. Selain itu, SIMRS yang efektif dapat mempercepat proses administrasi, membantu rumah sakit mematuhi regulasi BPJS, dan pada akhirnya mendukung kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik. Temuan dari penelitian ini juga dapat digunakan untuk memperbaiki sistem dan kebijakan terkait klaim BPJS di masa depan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Adhitya Tri Wibowo dan Muhamad Rifandi pada tahun 2023 yang mendapatkan hasil SIMRS berpengaruh signifikan terhadap kualitas laporan keuangan rumah sakit hal ini menunjukkan bahwa SIMRS sangat berpengaruh terhadap pelaporan rumah sakit kepada pihak BPJS (Wibowo & Rifandi, 2023). Keberhasilan SIMRS dalam meningkatkan

ketepatan tarif klaim BPJS dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah kualitas data informasi yang akan di olah, Sumber daya manusia, kualitas SIMRS, dan dukungan pihak IT

Penelitian ini bertujuan untuk melihat seberapa efektif Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dalam membantu rumah sakit mengelola tarif klaim BPJS rawat inap secara tepat sesuai dengan aturan INA-CBGs di RSUD X. Dengan penelitian ini, diharapkan bisa diketahui apakah SIMRS sudah berfungsi dengan baik dalam memastikan klaim yang diajukan ke BPJS sesuai tarif yang seharusnya berdasarkan pelayanan yang telah diberikan khususnya pada rawat inap. Penelitian ini bermanfaat untuk meningkatkan efisiensi serta keakuratan tarif klaim BPJS. Dengan menilai efektivitas SIMRS dalam penerapan INA-CBGs, penelitian ini akan membantu rumah sakit mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam sistem klaim mereka. Ini memungkinkan rumah sakit untuk memperbaiki proses klaim, mengurangi kesalahan, dan mempercepat waktu pemrosesan klaim

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk melihat efektivitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan ketepatan tarif klaim BPJS rawat inap di salah satu RSUD X. Pendekatan ini dipilih untuk mendapatkan pemahaman mendalam mengenai pengalaman dan tantangan yang dihadapi oleh petugas dalam menggunakan SIMRS untuk proses klaim.

Pendekatan kualitatif adalah salah satu metode utama dalam penelitian yang didasarkan pada pandangan konstruktivis. Pendekatan ini menekankan bahwa pengetahuan diperoleh melalui pengalaman individu yang beragam, serta dibentuk oleh makna sosial dan sejarah. Tujuannya adalah untuk mengembangkan teori atau pola berdasarkan pemahaman subjek (Nurdiansyah & Yunengsih, 2024), Pendekatan kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian seperti perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara menyeluruh dan dengan gambaran bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah..Teknik pengambilan data yang dilakukan melalui observasi dan wawancara mendalam untuk memperoleh data dan informasi tentang bagaimana proses klaim pada billing INA-CBGS di RSUD data yang digunakan adalah proses kegiatan klaim dan hasil wawancara kepada petugas klaim pada bulan juli 2024. 6 orang petugas dari bagian koding dan klaim yang akan dijadikan sebagai sampel dan populasi sebab populasi kurang dari 100 maka menggunakan sampling jenuh

(Nurlatipah & Susanti, 2023). Langkah pengumpulan data diawali dengan observasi dan wawancara mendalam. Observasi dilakukan pada kegiatan klaim kemudian di proses tersebut ke dalam kata-kata untuk di deskripsikan untuk selanjutnya, analisis data yang digunakan adalah menggunakan metode analisis tema. Analisis tema diartikan sebagai suatu metode untuk menganalisis dan memaparkan tema-tema atau informasi-informasi dalam suatu data yang telah diperoleh (Sitasari, 2022)

Hasil

Hasil observasi proses klaim di RSUD dilaksanakan sebagai berikut

1. Penerimaan Data Pasien Dari Ruangan

Proses klaim di RSUD X dimulai dengan langkah pertama, yaitu penerimaan data pasien dari administrasi ruangan oleh petugas koder rawat inap. Pada tahap ini, setiap pasien disertai dengan resume medis yang berfungsi sebagai dokumen utama untuk proses klaim. Resume tersebut diberi penanda warna kuning jika telah lengkap dan memenuhi seluruh persyaratan administratif, resume medis, dokumen penunjang, serta billing.

Penandaan warna kuning pada resume medis menunjukkan bahwa dokumen tersebut telah berhasil melalui verifikasi awal. Verifikasi ini adalah langkah yang sangat penting dalam proses klaim, karena memastikan bahwa semua informasi dasar yang diperlukan telah tersedia dan memenuhi standar yang ditetapkan sebelum melanjutkan ke langkah berikutnya. Dengan melakukan verifikasi awal ini, rumah sakit dapat menghindari kesalahan atau kekurangan data yang dapat menghambat proses klaim dan memastikan bahwa informasi yang dikirimkan untuk klaim adalah akurat dan lengkap.

2. Pengkodean Diagnosa dan Tindakan Medis

Setelah resume pasien diverifikasi dan dinyatakan lengkap, proses berikutnya adalah tahap pengkodean yang dilakukan oleh petugas klaim. Pada tahap ini, petugas klaim menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk mengkodefikasi penyakit dan tindakan medis yang tercantum dalam resume pasien. Proses pengkodean ini mengikuti pedoman internasional seperti ICD-10 2010 untuk diagnosis penyakit dan ICD-9 untuk tindakan medis, yang memastikan bahwa setiap kode yang diberikan sesuai dengan standar internasional dan akurat.

Pengkodean ini melibatkan analisis mendalam terhadap data medis yang dikumpulkan dari berbagai bagian rumah sakit, seperti catatan medis, laporan laboratorium, dan hasil pemeriksaan. Petugas klaim harus memastikan bahwa setiap informasi yang tercantum dalam resume pasien diidentifikasi dan dikategorikan dengan tepat untuk mencerminkan diagnosis dan tindakan medis yang diterima oleh pasien.

Setelah proses pengkodean selesai, resume medis pasien ditandai dengan warna hijau. Penandaan ini berfungsi sebagai indikator bahwa pengkodean telah diselesaikan dengan benar dan data pasien siap untuk diproses lebih lanjut. Dengan resume yang telah dikodekan, admin kemudian bertanggung jawab untuk mencetak resume medis, sehingga dokumen tersebut dapat digunakan dalam proses administrasi dan klaim selanjutnya. Proses ini memastikan bahwa semua informasi yang diperlukan untuk klaim telah diproses dengan benar dan siap untuk langkah berikutnya dalam sistem klaim rumah sakit.

3. Integrasi Data Pasien Dengan SIMRS dan INA-Cbgs

Tahap berikutnya dalam proses klaim adalah integrasi data pasien dengan sistem di aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Pada langkah ini, petugas klaim menggunakan SIMRS untuk mengakses menu klaim baru. Mereka kemudian memilih kategori rawat inap yang relevan serta periode perawatan yang sesuai untuk pasien. Untuk memulai pencarian data pasien, petugas klaim memasukkan nomor rekam medis (No RM) dalam kolom pencarian yang disediakan oleh sistem.

Proses ini melibatkan tindakan pengintegrasian data pasien dengan INA-Cbgs, sebuah sistem yang dirancang untuk memastikan integrasi antara SIMRS dan INA-Cbgs. Integrasi ini bertujuan agar data yang ada pada SIMRS secara otomatis terisi pada INA-Cbgs. Data yang diintegrasikan meliputi informasi administratif, rincian tindakan medis, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), serta tarif atas pelayanan yang telah diberikan selama periode perawatan pasien.

Dengan adanya integrasi ini, data yang relevan dan akurat dari SIMRS dipindahkan dan disesuaikan secara otomatis dalam sistem INA-Cbgs, memfasilitasi proses klaim dan administrasi dengan lebih efisien. Integrasi ini juga membantu dalam memastikan konsistensi dan akurasi data antara sistem yang berbeda, meminimalkan kemungkinan kesalahan manual dan memastikan bahwa informasi yang diperlukan untuk klaim tersedia dan diperbarui dengan benar.

4. Validasi Data

Setelah e-klaim berhasil terintegrasi dengan INA-Cbgs, petugas koder melanjutkan dengan proses cek kesesuaian data untuk memastikan bahwa informasi yang tercantum dalam sistem sesuai dengan data yang ada di SIMRS. Proses ini melibatkan pengecekan mendetail terhadap beberapa aspek penting, termasuk kode diagnosa, kode tindakan medis, lama perawatan, cara pulang pasien, dokter penanggung jawab pasien (DPJP), dan tarif klaim yang tercantum di INA-Cbgs.

Validasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa tidak ada ketidaksesuaian antara biaya yang dihitung oleh billing rumah sakit dan tarif yang telah ditetapkan oleh INA-Cbgs.

Kesalahan dalam tarif atau pengkodean bisa mengakibatkan klaim ditolak atau pembayaran yang tidak sesuai dengan yang seharusnya, yang pada akhirnya dapat berdampak fatal pada keuangan rumah sakit. Oleh karena itu, proses pengecekan kesesuaian ini sangat penting untuk memastikan bahwa klaim yang diajukan adalah akurat dan sesuai dengan peraturan yang berlaku, sehingga menghindari potensi kerugian finansial bagi rumah sakit.

5. Finalisasi dan Pengiriman Klaim

Setelah seluruh data diverifikasi dan dicek kesesuaiannya, petugas klaim melanjutkan ke tahap finalisasi proses klaim. Pada tahap ini, data yang telah dikonfirmasi disimpan dalam menu INA-Cbgs dengan mengklik opsi "Simpan Grouper." Setelah itu, di Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), petugas mengklik "Finalisasi Klaim" untuk menyelesaikan proses di sistem rumah sakit.

Langkah terakhir dari proses klaim adalah mengirim klaim melalui menu INA-Cbgs dengan mengklik tombol "Kirim." Setelah pengiriman klaim, sistem akan menghasilkan Lampiran Instruksi Pembayaran (LIP), yang merupakan dokumen penting yang menunjukkan rincian pembayaran yang harus diterima oleh rumah sakit. LIP ini disimpan secara otomatis ke dalam dokumen klaim, memastikan bahwa semua informasi terkait dengan klaim telah terdokumentasi dengan baik dan siap untuk proses lebih lanjut, seperti pembayaran dan administrasi.

Hasil Wawancara Beberapa Responden

Efektivitas SIMRS

Di RSUD X, Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) telah memberikan kontribusi yang signifikan dalam mendukung proses klaim BPJS. Secara umum, sistem ini dinilai efektif oleh berbagai informan, namun masih terdapat beberapa kekurangan. Menurut Informan 1, yang merupakan kepala koordinator koder rawat inap, meskipun SIMRS membantu dalam pengelolaan klaim, tampilan antarmuka sistem sering menjadi hambatan. Petugas koder harus membuka beberapa tab secara bersamaan, yang memperlambat alur kerja mereka. Untuk meningkatkan efisiensi, mereka menyarankan agar antarmuka SIMRS disederhanakan sehingga akses informasi dapat lebih cepat dan pekerjaan lebih efisien.

Informan 2 dan 3 menyoroti manfaat lain dari SIMRS, terutama dalam mengurangi beban administratif dengan integrasi otomatisnya ke dalam sistem INA-Cbgs. Dengan integrasi ini, data pasien dapat diinput secara otomatis, yang mengurangi risiko kesalahan akibat entri data manual. Hal ini sangat membantu dalam mempercepat proses pengajuan klaim dengan lebih akurat, yang pada akhirnya meningkatkan efisiensi dan akurasi klaim rumah sakit.

Namun, beberapa masalah masih memerlukan perhatian lebih. Informan 4 menyatakan bahwa SIMRS belum sepenuhnya dapat mengelola data pasien BPJS Ketenagakerjaan, calon BPJS, atau Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) secara otomatis. Data untuk pasien-pasien ini masih harus diinput secara manual ke dalam INA-Cbgs, yang menambah beban kerja staf dan meningkatkan risiko kesalahan. Secara keseluruhan, meskipun mayoritas informan menilai SIMRS efektif, ada ruang untuk perbaikan, terutama dalam penyederhanaan antarmuka pengguna dan peningkatan kemampuan integrasi untuk berbagai jenis pasien.

Kesesuaian Tarif

The image displays two overlapping screenshots from a medical information system. The left screenshot shows a document titled 'Download Dokumen Pengajuan Klaim (Rawat Inap)' containing a table of charges for various medical services. The right screenshot shows a patient admission form with fields for patient information, admission date, and a list of charges with their respective rates.

No	Uraian	Tariff
1x	33.000,00	33.000,00
1x	22.000,00	22.000,00
1x	5.000,00	5.000,00
1x	50.000,00	50.000,00
1x	138.000,00	138.000,00
1x	120.000,00	120.000,00
		485.500,00
		4.190.769,12
		4.190.769,12

SEMBILAN KOMA SATU DUA RUPIAH

Kasir,

The right screenshot shows a patient admission form with the following details:

- Tanggal Rawat: 10 Jul 2024
- Jenis Rawat: Jalan
- Tanggal Rawat Masuk: 10 Jul 2024 11:27
- Tanggal Rawat Pulang: 11 Jul 2024 09:11
- Umur: 42 tahun
- Cara Masuk: Rujukan FKTP
- LOD: 2 hari
- Berat Lahir (gram): -
- ADL Score: Sub Acute
- Chronic: -
- Cara Pulang: Atas Persetujuan D
- DPJP: -
- Jenis Tarif: Tarif RS KELAS 2 P
- Pasien TB: Ya
- Co-Incidense COVID-19: Ya
- Tarif Rumah Sakit: Rp 4.192,069

Gambar 1. Contoh kasus Ketidaksesuaian tarif antara SIMRS dan INA-Cbgs Di Rumah Sakit X

Gambar 1 menunjukkan salah satu contoh kasus ketidaksesuaian tarif dalam proses klaim yang bernilai Rp 2.000,00. Kesesuaian tarif antara data SIMRS dan INA-Cbgs adalah aspek penting dalam proses klaim BPJS. Berdasarkan wawancara, meskipun ketidaksesuaian tarif jarang terjadi, hal ini tetap merupakan masalah yang perlu diperhatikan. Ketidaksesuaian tarif yang terjadi perlu diperbaiki oleh petugas koder sesuai dengan tarif output dari SIMRS, karena biaya tersebut mencerminkan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Informan 1 mencatat bahwa perbedaan tarif biasanya hanya dalam kisaran ribuan hingga puluhan ribu rupiah. Meskipun jarang, setiap ketidaksesuaian harus diawasi dengan cermat untuk mencegah gangguan pada keseluruhan proses klaim. Informan 2 menambahkan bahwa ketidaksesuaian tarif yang sering terjadi berkisar antara 10.000

hingga 20.000 rupiah. Meskipun tampak kecil, akurasi harus tetap dijaga agar klaim yang diajukan tetap valid dan tidak menyebabkan kerugian bagi rumah sakit.

Namun, beberapa kasus ketidaksesuaian tarif dapat cukup signifikan. Informan 3 menyebutkan bahwa meskipun jarang, pernah ada perbedaan tarif hingga ratusan ribu rupiah antara SIMRS dan tarif pada INA-Cbgs. Ketidaksesuaian seperti ini memerlukan perhatian khusus. Informan 4 menyoroti bahwa bahkan perbedaan kecil, seperti 2 hingga 4 rupiah per kasus, sering kali menjadi bahan pertanyaan oleh pihak BPJS. Ini menunjukkan pentingnya verifikasi dan pengecekan ulang, meskipun sistem telah terintegrasi. Informan 5 juga menyatakan bahwa meskipun SIMRS sudah terintegrasi dengan INA-Cbgs, koreksi manual tetap diperlukan untuk menjaga akurasi tarif.

Informan 6 menambahkan bahwa meskipun sistem sudah cukup efektif dalam menjaga kesesuaian tarif, verifikasi tambahan tetap diperlukan untuk memastikan bahwa ketidaksesuaian kecil tidak berkembang menjadi masalah yang lebih besar. Ini menunjukkan bahwa meskipun ketidaksesuaian tarif relatif jarang terjadi, setiap variabel data harus diperhatikan dengan seksama untuk menjaga integritas dan akurasi klaim di RSUD X.

Pembahasan

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara mendalam dengan enam staf yang terlibat dalam proses klaim BPJS di RSUD X, lima tema utama telah diidentifikasi. Pertama, efektivitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dalam pengelolaan klaim BPJS. Temuan penelitian menunjukkan bahwa SIMRS di RSUD X dianggap sangat efektif dalam mengelola klaim BPJS. Sistem ini terbukti dapat mengurangi beban kerja administratif dengan mengurangi kebutuhan entri data manual serta meningkatkan efisiensi proses klaim melalui integrasi otomatis antara data pasien dan sistem INA-Cbgs. Informan 1 menekankan bahwa SIMRS berperan penting dalam mengurangi beban kerja administratif dan meningkatkan akurasi data, dengan menyatakan, *"SIMRS mengurangi beban kerja untuk entry data manual pada INA-Cbgs yang mana artinya meningkatkan akurasi data, yang aku olah..."* Pernyataan ini menegaskan bahwa SIMRS tidak hanya mempercepat proses klaim tetapi juga mengurangi potensi kesalahan dalam pengolahan data, yang pada gilirannya dapat mempercepat pembayaran dari BPJS.

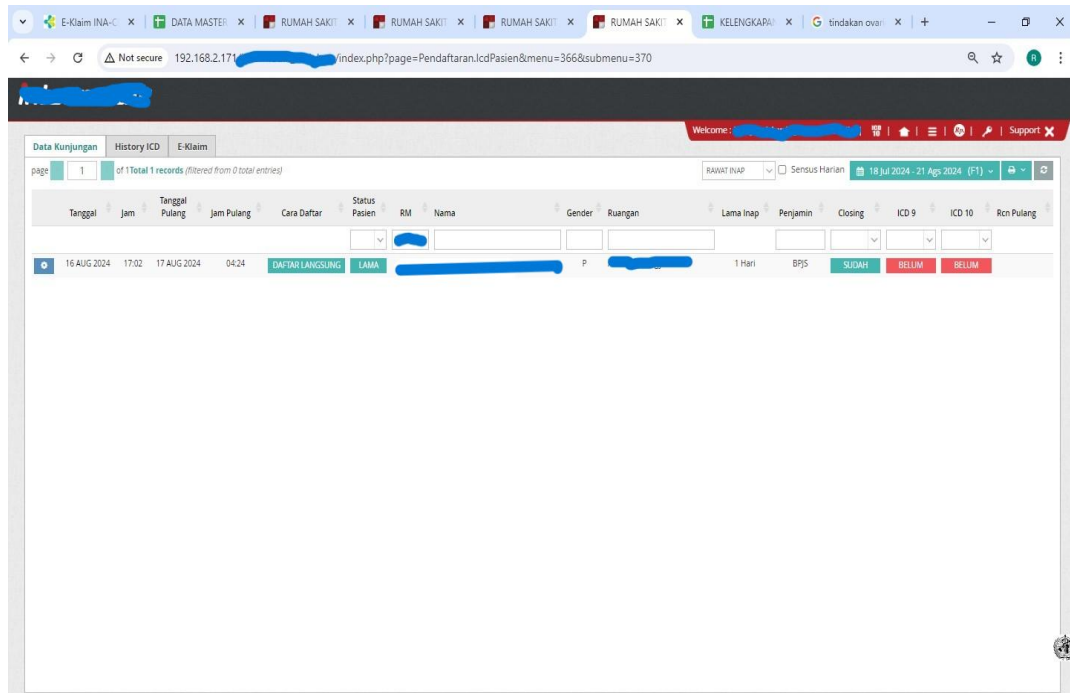
Informan 2 menambahkan bahwa SIMRS telah menghilangkan kebutuhan untuk memasukkan data manual ke dalam sistem INA-Cbgs, yang sangat membantu dalam proses klaim. Ia mencatat, *"SIMRS menghilangkan untuk memasukkan data manual ke dalam INA-Cbgs, yang sangat membantu dalam proses klaim. Yang mana data-data 1 pasien itu"*

banyak pusing kalau harus di entry satu-satu untung SIMRS sekarang udah bridging sama INA-Cbgs..." Ini mencerminkan bahwa SIMRS menyediakan alur kerja yang lebih terintegrasi dan otomatis, mengurangi kemungkinan kesalahan manual dan meningkatkan efisiensi prosedur. Kemampuan sistem untuk secara otomatis mengintegrasikan data dari SIMRS ke INA-Cbgs adalah fitur utama yang mempercepat proses klaim dan mengurangi beban kerja staf.

Namun, ada catatan penting mengenai antarmuka sistem yang diungkapkan oleh Informan 4. Ia menyebutkan, *"Proses entri data manual masih diperlukan untuk pasien tertentu, seperti yang berasal dari BPJS ketenagakerjaan, calon BPJS, atau SKTM jadi harus di input satu-satu..."* Ini menunjukkan bahwa meskipun SIMRS secara umum berhasil mengurangi ketergantungan pada entri data manual, ada kasus-kasus tertentu di mana proses manual tetap diperlukan. Ketergantungan pada entri data manual untuk kategori pasien tertentu ini dapat menambah beban kerja dan waktu yang dibutuhkan dalam proses klaim, menandakan adanya kekurangan dalam sistem integrasi yang ada, di mana sistem belum sepenuhnya mengatasi semua situasi atau jenis pasien dengan sempurna.

Kelemahan Antarmuka SIMRS

Meskipun Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di RSUD X umumnya dianggap efektif dalam mengelola data klaim BPJS, beberapa informan mengidentifikasi kekurangan signifikan dalam antarmuka sistem yang mempengaruhi efisiensi penggunaannya. Informan 1 mencatat bahwa antarmuka SIMRS saat ini memiliki desain yang rumit, dengan banyak tab yang harus dibuka secara bersamaan. Ia mengungkapkan, *"Antarmuka yang rumit dapat memperlambat pekerjaan karena aku harus membuka beberapa tab secara bersamaan ini membuat saya harus bulak balik tab."* Masalah ini menunjukkan bahwa tata letak dan penempatan menu dalam sistem memerlukan penyederhanaan. Ketika staf harus beralih antara tab atau halaman yang berbeda untuk menyelesaikan tugas, ini tidak hanya menghabiskan waktu tetapi juga meningkatkan risiko kesalahan. Oleh karena itu, penyederhanaan antarmuka dan pengurangan langkah-langkah yang diperlukan untuk mengakses informasi dapat meningkatkan efisiensi dan memudahkan penggunaan sistem.



Gambar 2. Tampilan antarmuka SIMRS saat melakukan proses klaim

Informan 4 juga menyoroti masalah lain terkait antarmuka, yaitu kekurangan dalam integrasi data, terutama untuk jenis pasien tertentu. Ia menjelaskan, "*Kekurangan dalam integrasi data untuk jenis pasien tertentu mengharuskan entri data manual, yang bisa menghambat efisiensi sebab SIMRS hanya bridging dengan BPJS Kesehatan saja.*" Meskipun SIMRS telah berhasil dalam banyak hal, masih ada kelemahan dalam integrasi data yang mempengaruhi jenis pasien tertentu, seperti pasien dari BPJS Ketenagakerjaan, calon BPJS, atau SKTM. Untuk kategori pasien ini, data tidak terintegrasi secara otomatis dalam sistem, sehingga petugas harus melakukan entri data manual. Proses ini menambah beban kerja dan memperlambat pemrosesan klaim, karena petugas harus menghabiskan waktu lebih banyak untuk memasukkan data secara manual.

Dengan mengatasi kekurangan dalam antarmuka SIMRS dan meningkatkan integrasi data untuk semua jenis pasien, rumah sakit dapat mengoptimalkan penggunaan sistem ini. Penyederhanaan tampilan menu dan memastikan bahwa sistem dapat menangani semua kategori pasien dengan baik akan membantu mengurangi beban kerja administratif, mengurangi kemungkinan kesalahan, dan mempercepat proses klaim. Hal ini akan meningkatkan keseluruhan efisiensi operasional dan memaksimalkan manfaat yang diberikan oleh SIMRS dalam pengelolaan klaim BPJS.

Frekuensi dan Besar Ketidaksesuaian Tarif

Ketidaksesuaian tarif antara sistem SIMRS dan INA-Cbgs di RSUD X umumnya jarang terjadi, namun variasi dalam frekuensi dan besaran perbedaan tarif menunjukkan adanya persoalan dalam manajemen klaim. Informan 2 melaporkan bahwa ketidaksesuaian tarif jarang terjadi dan ketika terjadi, biasanya bersifat kecil, berkisar antara beberapa ribu hingga puluhan ribu rupiah. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar ketidaksesuaian tarif tidak berdampak signifikan pada total klaim. Ketidaksesuaian kecil ini kemungkinan disebabkan oleh kesalahan minor dalam entri data atau perbedaan tarif yang tidak mempengaruhi jumlah klaim secara besar-besaran.

Namun, Informan 3 mengungkapkan bahwa dalam beberapa kasus, perbedaan tarif bisa mencapai ratusan ribu rupiah, meskipun frekuensinya sangat jarang. Ketidaksesuaian tarif yang signifikan ini, meskipun tidak sering terjadi, dapat memiliki dampak yang lebih besar pada keuangan rumah sakit. Oleh karena itu, meskipun sebagian besar ketidaksesuaian bersifat kecil, setiap kasus perbedaan tarif yang signifikan perlu diawasi dan ditangani dengan cermat. Menjaga akurasi tarif dan meminimalkan ketidaksesuaian adalah penting untuk memastikan validitas klaim dan menghindari potensi kerugian finansial yang dapat terjadi akibat perbedaan tarif yang besar.

Pengaruh Ketidaksesuaian Tarif Terhadap Proses Klaim

Ketidaksesuaian tarif antara sistem SIMRS dan INA-Cbgs di RSUD X umumnya jarang terjadi, namun dampaknya terhadap proses klaim bisa cukup signifikan. Informan 5 menjelaskan, “Meskipun SIMRS terintegrasi dengan INA-Cbgs, koreksi manual masih diperlukan untuk menjaga mutu ketepatan. Saya tetap mengecek satu-satu semua data pasien demi menjaga mutu klaim di RSUD X.” Pernyataan ini menunjukkan bahwa meskipun sistem sudah terhubung secara otomatis dengan INA-Cbgs, proses pengecekan dan perbaikan manual tetap penting untuk memastikan bahwa data klaim benar-benar akurat. Langkah ini krusial untuk menjaga kualitas klaim dan menghindari kesalahan yang dapat mempengaruhi hasil klaim.

Informan 4 menambahkan bahwa meskipun perbedaan kecil dalam tarif jarang terjadi, hal ini tetap memerlukan perhatian khusus dari pihak BPJS. Ia mengatakan, “Perbedaan kecil dalam tarif, BPJS suka menanyakan ini kemana 2 rupiahnya...” Ini mengindikasikan bahwa bahkan perbedaan tarif yang sangat kecil dapat memicu pertanyaan dan potensi masalah dengan BPJS. BPJS memiliki standar verifikasi yang ketat, dan ketidaksesuaian kecil yang tidak ditangani dengan baik dapat berkembang menjadi isu yang lebih besar. Jika tidak diatasi, hal ini dapat berdampak negatif pada keuangan rumah sakit.

Meskipun ketidaksesuaian tarif yang besar tidak sering terjadi, penting untuk melakukan verifikasi tambahan dan perbaikan manual untuk mencegah masalah kecil menjadi lebih besar. Sistem harus terus diperiksa dan diperbarui secara berkala untuk memastikan akurasi dan efisiensi dalam proses klaim, serta untuk menghindari permasalahan yang tidak perlu dengan BPJS.

Rekomendasi untuk Peningkatan Sistem

Berdasarkan temuan dari para informan, beberapa rekomendasi penting diusulkan untuk meningkatkan efektivitas SIMRS di RSUD X. Informan 1 merekomendasikan penyederhanaan antarmuka sistem untuk mempermudah alur kerja dan meningkatkan efisiensi dengan mengurangi kerumitan. Dengan menyederhanakan antarmuka, alur kerja staf dapat diperbaiki, dan risiko kesalahan akibat navigasi yang rumit dapat diminimalkan.

Informan 3 menekankan perlunya pembaruan sistem yang lebih akurat untuk mencegah ketidaksesuaian tarif yang signifikan dan memastikan akurasi data. Pembaruan ini akan membantu mengurangi perbedaan tarif dan memastikan bahwa data yang diproses dalam klaim selalu sesuai dengan standar yang berlaku.

Meskipun SIMRS sudah terintegrasi dengan INA-Cbgs, Informan 5 menyoroti pentingnya verifikasi manual untuk menjaga akurasi klaim. Verifikasi manual diperlukan untuk mengatasi masalah kecil yang dapat mempengaruhi proses klaim, memastikan bahwa setiap detail diperiksa dengan cermat agar klaim yang diajukan akurat dan tidak menimbulkan masalah di kemudian hari.

Informan 4 juga mengharapkan peningkatan integrasi SIMRS untuk kategori pasien tertentu, seperti pasien dari BPJS Ketenagakerjaan, calon BPJS, atau SKTM. Peningkatan ini akan mempermudah penanganan berbagai jenis pasien dan mengurangi kebutuhan entri data manual, yang sering kali menambah beban kerja staf dan memperlambat proses klaim.

Implementasi rekomendasi ini diharapkan dapat memperbaiki efektivitas SIMRS, mengurangi ketidaksesuaian tarif, dan memperlancar proses klaim secara keseluruhan. Dengan demikian, sistem akan menjadi lebih efisien dan akurat, meningkatkan kinerja pengelolaan klaim di RSUD X.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di RSUD X umumnya efektif dalam membantu proses klaim BPJS. SIMRS telah berhasil mengurangi beban pekerjaan manual, terutama dalam entri data pasien ke dalam sistem INA-Cbgs, sehingga mengurangi kebutuhan entri data manual yang dilakukan satu per satu. Sistem ini juga telah meningkatkan akurasi dan efisiensi proses klaim secara signifikan.

Namun, terdapat beberapa masalah yang perlu diperhatikan. Antarmuka sistem SIMRS yang masih rumit menghambat kelancaran proses klaim dan meningkatkan risiko kesalahan. Desain yang kompleks memaksa staf untuk melakukan banyak navigasi antar tab, yang bisa memperlambat proses dan menyebabkan kesalahan.

Meskipun SIMRS telah berkontribusi dalam menjaga kesesuaian tarif, perbedaan tarif antara SIMRS dan INA-Cbgs kadang-kadang masih terjadi. Meskipun frekuensinya jarang, ketidaksesuaian tarif ini menunjukkan perlunya perbaikan manual pada tarif di INA-Cbgs untuk menangani perbedaan tersebut. Perbaikan manual ini penting untuk memastikan akurasi klaim dan mencegah potensi masalah dalam pembayaran dari BPJS.

Oleh karena itu, penyederhanaan antarmuka sistem dan perbaikan dalam integrasi data sangat penting. Dengan memperbaiki antarmuka dan meningkatkan integrasi sistem, proses klaim BPJS di rumah sakit dapat menjadi lebih efisien dan akurat. Upaya ini akan membantu mengurangi ketidaksesuaian tarif, mempercepat proses klaim, dan secara keseluruhan meningkatkan efektivitas SIMRS dalam mendukung pengelolaan klaim BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

- Anyaprita, D., Siregar, K. N., Hartono, B., Fachri, M., & Ariyanti, F. (2020). DAMPAK KETERLAMBATAN PEMBAYARAN KLAIM BPJS KESEHATAN TERHADAP MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT ISLAM JAKARTA SUKAPURA. *Muhammadiyah Public Health Journal*, 22-31. Retrieved from <https://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/62996/1/%2819%29%20Dampak%20Keterlambatan%20Pembayaran%20Klaim%20BPJS.pdf>
- Husin, & Sari, E. N. (2019). Pengaruh Kelengkapan Diagnosis Tindakan Pada Kasus Persalinan Berdasarkan ICD-9CM Terhadap Tarif INA-CBGs Pada Pasien JKN. *urnal Kesehatan Indonesia (The Indonesian Journal of Health)*, 10, 38-42. Retrieved from <https://journal.stikeshb.ac.id/index.php/jurkessia/article/download/245/152/>
- Molly, R., & Itaar, M. (2021). Analisis Pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Pada RRSUD DOK II Jayapura. *Journal of Software Engineering Ampera*, 2, 95-101. Retrieved from <https://journal-computing.org/index.php/journal-sea/article/download/127/80/310>
- Nurdiansyah, F., & Yunengsih, Y. (2024). ANALISIS LAPORAN SURVEILANS DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) RAWAT INAP 2024 RSUD KOTA

BANDUNG. *PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8, 2981-2989. Retrieved from <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/prepotif/article/view/29502/20982>

Nurlatipah, R., & Susanti, A. S. (2023). PENGARUH SISTEM INFORMASI MANAJEMEN. *PUBLIK: Jurnal Manajemen Sumber Daya Manusia, Administrtasi dan Pelayanan Publik*, 10, 1310-1318. Retrieved from <https://stia-binataruna.e-journal.id/PUBLIK/article/download/943/416/>

Sitasari, N. W. (2022). MENGENAL ANALISA KONTEN DAN ANALISA TEMATIK DALAM PENELITIAN KUALITATIF. *Forum Ilmiah*, 19, 77-84. Retrieved from https://digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-Journal-23188-11_2248.pdf

Solechan. (2019). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Sebagai Pelayanan Publik. *Administrative Law & Governance*, 2, 2621 – 2781. Retrieved from <https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/alj/article/view/6594/3468>

Wibowo, A. T., & Rifandi, M. (2023). Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan Pemahaman Sumber Daya Manusia (SDM) Terhadap Kualitas Laporan Keuangan Rumah Sakit: Studi Kasus Pada RSKIA SADEWA. *ULIL ALBAB : Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 2, 3424-3433. Retrieved from <https://journal-nusantara.com/index.php/JIM/article/view/1979>