

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping**

##### **1. Profil**

RS PKU Muhammadiyah Gamping milik Pimpinan pusat Muhammadiyah yang didirikan oleh K.H. Ahmad Dahlan sebagai ketua Persyarikatan Muhammadiyah atas inisiatif muridnya yang bernama K.H Sudjak, yang pada awalnya berupa klinik dan poliklinik pada tanggal 15 februari 1923. Bersamaan dengan berkembangnya berbagai amal usaha dibidang kesehatan, termasuk didalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah Gamping maka Pimpinan Pusat perlu mengatur mekanisme kerja dari amal usaha Muhammadiyah dibidang kesehatan melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Dalam Surat Keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai

bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Qaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Gamping.

## **2. Falsafah, Visi, Misi, Tujuan, dan Motto**

RS PKU Muhammadiyah Gamping memiliki falsafah, visi, misi, dan motto sebagai berikut :

### **a. Falsafah :**

- 1) Misi dakwah islam amar ma'ruf nahi munkar.
- 2) Keyakinan dasar dalam layanan kesehatan.
- 3) Peningkatan mutu pelayanan yang berkelanjutan dengan mengutamakan keselamatan pasien.
- 4) Perwujudan iman dan amal shaleh sebagai tugas sosial.

### **b. Visi :**

Mewujudkan RS Pendidikan Utama dengan keunggulan dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan riset dengan sistem jejaring dan kemitraan yang kuat pada tahun 2018.

c. Misi :

- 1) Misi pelayanan publik atau sosial.
- 2) Misi pendidikan.
- 3) Misi penelitian dan pengembangan.
- 4) Misi dakwah.

d. Motto :

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping

memiliki Motto :

- 1) “AMANAHAH” (Antusias, Mutu, Aman, Nyaman, Akurat, Handal)
- 2) Melayani setulus hati.

### **3. Fasilitas Pelayanan**

Pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Gamping meliputi :

- a. Pelayanan Gawat Darurat
- b. Pelayanan Rawat Jalan, meliputi :

Klinik Penyakit Jantung, Klinik Penyakit THT, Klinik Bedah Umum, Klinik Penyakit Dalam, Klinik Jantung, Klinik Obstetri dan Gynekologi, Klinik Penyakit Anak, Klinik Kulit dan Kelamin, Klinik

Penyakit Syaraf, Klinik Penyakit Jiwa, Klinik Penyakit Mata, Klinik Rehabilitasi Medik, Pelayanan Medical Check-Up, Pelayanan One day care, Konsultasi Psikologi, Pelayanan vaksinasi dan imunisasi, Pelayanan konsultasi gizi.

c. Pelayanan Rawat Inap :

Kelas perawatan VIP, Kelas perawatan Kelas 1, Kelas perawatan Kelas II, Kelas perawatan Kelas III, Ruang Isolasi, Ruang ICU/ICCU (Intensive Care Unit/ Intensive Cardiac Care Unit), Ruang IMC (Intermediate Medical Care), Ruang Perawatan Bayi (Kamar Bayi).

d. Pelayanan Kamar Operasi

Disediakan sarana fasilitas dan kamar operasi yang memadai dan memungkinkan pelaksanaan kegiatan bedah umum, spesialistik maupun sub spesialistik.

e. Pelayanan Kamar Bersalin

Disediakan sarana dan fasilitas peralatann kamar bersalin yang memberikan privasi dan kenyamanan bagi ibu yang akan melahirkan termasuk pelayanan persalinan tanpa nyeri.

f. Pelayanan Penunjang Medik, meliputi :

Farmasi (24 jam), Laboratorium (24 jam), Bank darah, Radiologi (24 jam), Gizi, Rehabilitasi Medik, EKG, EEG dan Brain Mapping, USG, Laparaskopi, Haemodialisa, Treadmill, Trancient Urethro Resection, Endoskopi, CT Scan, Audiometri, Spirometri, Pelayanan perawatan kulit (skin care), dan Senam hamil.

g. Pelayanan Penunjang Umum meliputi :

Pembinaan kerohanian islam, Perpustakaan dan ruang pertemuan, Ambulance dan mobil jenazah, Kegiatan kemsyarakatan, Rukti jenazah islami paripurna, Kantin dan swalayan, Home care, Khitanan massal, Dana sehat Muhammadiyah, ASKES/ASKESKIN, JPKM Tafakul, Anjungan Tunai Mandiri (ATM), Paymen point bukopin, BCA, dan mandiri.

## **B. Hasil Penelitian**

1. Karakteristik Subjek dan Objek Penelitian Berdasarkan Data Pendukung Observasi.

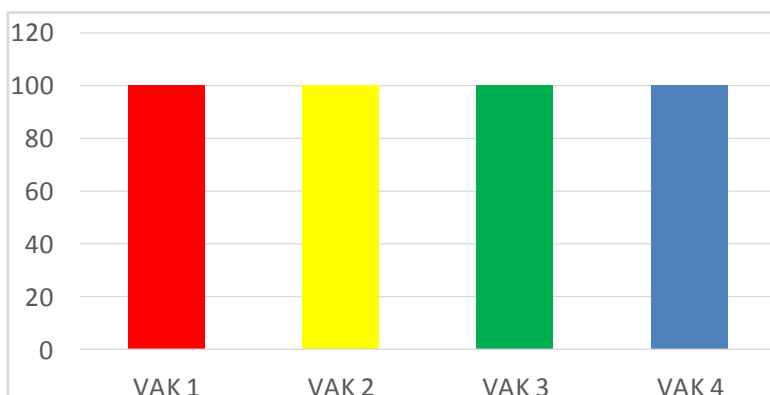
Subjek dalam penelitian ini adalah dokter spesialis, perawat, tim BPJS RS, petugas RM dan petugas BPJS di RS

PKU Muhammadiyah Gamping. Masing-masing subjek penelitian diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapat.

Sedangkan Obyek penelitian ini adalah rekam medis pasien BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Penelitian ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Gamping pada tahun 2016 bulan Januari sampai bulan April.

**Tabel 4.1 Hasil telaah Verifikasi Administrasi Kependaftaran (VAK)**

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1.	VAK 1. Pasien membawa surat perintah rawat inap			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	
2.	VAK 2. Pasien membawa Surat Eligibilitas Peserta (SEP)			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	
3.	VAK 3. Pasien membawa Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	
4.	VAK 4. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA-CBG's, sudah terdapat bukti pendukung (pemberian obat onkologi, resep alat bantu, tanda terima alat bantu kesehatan)			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	



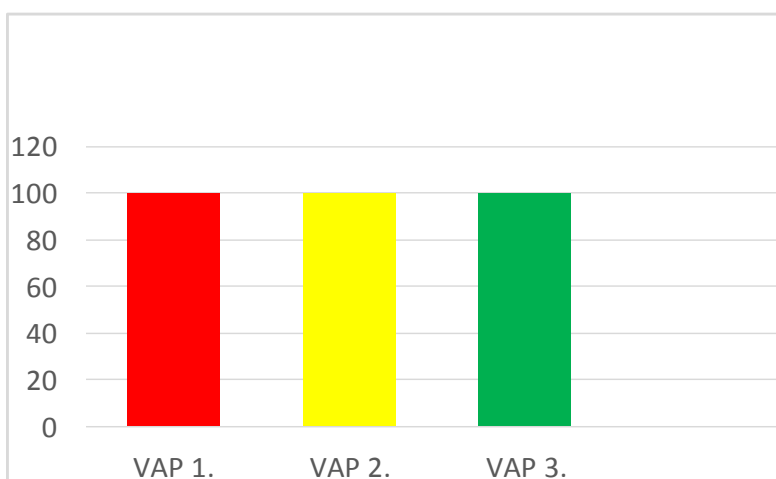
(Sumber : Hasil Pengolahan Data)

**Gambar 4.1 Telaah Verifikasi Administrasi Kepesertaan**

Dari gambar 4.1 menunjukkan bahwa Aspek Verifikasi Administrasi Kepesertaan yaitu VAK 1. Pasien membawa surat perintah rawat inap, VAK 2. Pasien membawa Surat Eligibilitas Peserta, VAK 3. Pasien membawa Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan VAK 4. Prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), dan Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA-CBG's, sudah terdapat bukti pendukung, meliputi : pemberian obat onkologi, resep alat bantu, tanda terima alat bantu kesehatan telah dilakukan secara baik, terbukti seluruh responden menjawab telah dilakukan dan didapatkan hasil 100%.

**Tabel 4.2 Hasil telaah Verifikasi Administrasi Pelayanan (VAP)**

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1.	VAP 1. Kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan (surat perintah rawat inap, SEP, resume medis, bukti pendukung).			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	
2.	VAP 2. Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	
3.	VAP 3. Apakah kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan dilakukan konfirmasi lebih lanjut.			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	



(Sumber : Hasil Pengolahan Data)

**Gambar 4.2 Telaah Verifikasi Administrasi Pelayanan**



Dari gambar 4.2 menunjukkan bahwa Aspek Verifikasi Administrasi Pelayanan yaitu VAP 1. Kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan seperti surat perintah rawat inap, SEP, resume medis, bukti pendukung, VAP 2. Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi, dan VAP 3. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis telah dilakukan secara baik, terbukti seluruh responden menjawab setuju dan didapatkan hasil 100%.

**Tabel 4.3 Hasil telaah Verifikasi Pelayanan Kesehatan (VPK)**

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1.	VPK 1. Verifikator telah memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau <i>softcopy</i> -nya).			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	
2.	VPK 2. Satu episode rawat jalan merupakan satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang atas indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	

Lanjutan Tabel 4.3 Hasil telaah Verifikasi Pelayanan Kesehatan (VPK)

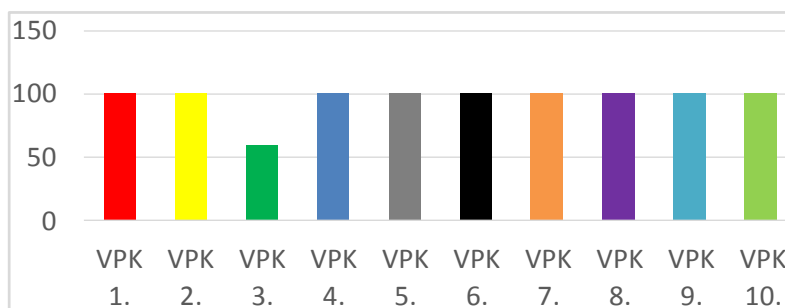
No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
3.	VPK 3. Pelayanan IGD di Rumah Sakit merupakan pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (One Day Care/Surgery) termasuk rawat jalan dan sudah diterapkan di Rumah Sakit PKU II Yogyakarta.			
	Dilakukan	7	58,33%	7 responden menjawab dilakukan dan 5 responden menjawab tidak dilakukan.
	Tidak Dilakukan	5	41,67%	
No.	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
4.	VPK 4. Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0%	
5.	VPK 5. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	
6.	VPK 6. Pada kasus special CMG's dilampirkan bukti pendukung.			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	

Lanjutan Tabel 4.3 Hasil telaah Verifikasi Pelayanan Kesehatan (VPK)

No.	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
7.	VPK 7. Selama ini, apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), melainkan kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multipel (Z38.)			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	
8.	VPK 8. Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0%	
9.	VPK 9. Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut. Contoh : Kondisi utama : Renal failure Kondisi lain : Hypertensive renal disease Diberi kode hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	

Lanjutan Tabel 4.3 Hasil telaah Verifikasi Pelayanan Kesehatan (VPK)

No.	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
10.	VPK 10. Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah Contoh : Diagnosis Utama : Hypertensi (I10) Diagnosis Sekunder : Renal disease (N28.9) Seharusnya dikode jadi satu yaitu Hypertensive Renal Disease (I12.9)			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Tidak Dilakukan	0	0	



(Sumber : Hasil Pengolahan Data)

**Gambar 4.3 Telaah Verifikasi Pelayanan Kesehatan**

Dari gambar 4.3 menunjukkan bahwa Aspek Verifikasi Pelayanan Kesehatan yaitu VPK 1. Verifikator telah memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopy*-nya, VPK 2. Satu episode rawat jalan merupakan satu rangkaian pertemuan

konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang atas indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama, VPK 4. Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap bangsal atau ruang rawat inap dan ruang perawatan intensif walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap, VPK 5. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya, VPK 6. Pada kasus special CMG's dilampirkan bukti pendukung, VPK 7. Selama ini, apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), melainkan kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multipel (Z38.), VPK.8 untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi,

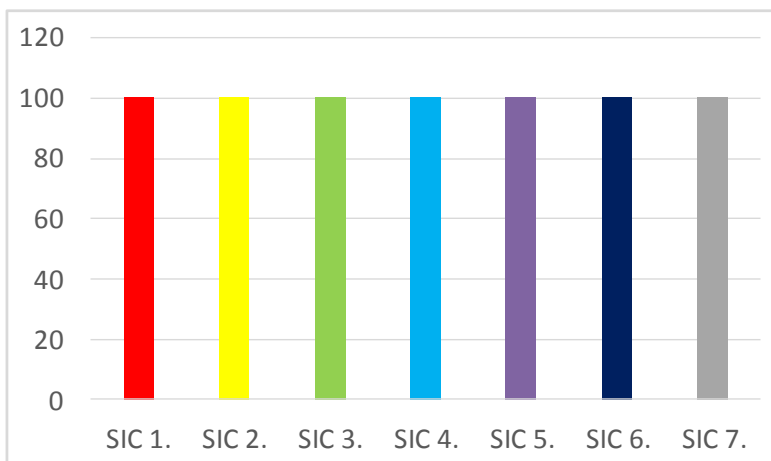
radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder, VPK 9. Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut, dan VPK 10. Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah telah dilakukan secara baik, terbukti seluruh responden menjawab dilakukan dan didapatkan hasil 100%. Sementara untuk VPK 3. Pelayanan IGD di Rumah Sakit merupakan pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*), belum dilakukan dengan baik, terbukti 7 responden menjawab dilakukan dengan hasil 58,33% dan 5 responden menjawab tidak dilakukan dengan mendapatkan hasil 41,67%.

**Tabel 4.4. Hasil telaah Verifikasi Menggunakan Softwer Ina-CBG’s (SIC)**

No	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
1.	SIC 1. Rumah Sakit telah melakukan validasi output data INACBG’s yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. Melakukan proses verifikasi administrasi			
	Dilakukan	12	100%	Seluruh responden menjawab Dilakukan.
	Tidak Dilakukan	0	0	

Lanjutan Tabel 4.4. Hasil telaah Verifikasi Menggunakan Softwer Ina-CBG's (SIC)

No.	Standar	Jumlah	Presentase	Keterangan
2.	SIC 2. Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit.			Seluruh responden menjawab dilakukan.
	Dilakukan	12	100%	
	Tidak Dilakukan	0	0	
3.	SIC 3. Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator melihat status klaim yang layak secara administrasi.			Seluruh responden menjawab dilakukan
	Dilakukan	12	100%	
	Tidak dilakukan	0	0	
4.	SIC 4. Verifikasi lanjutan dengan 7 langkah dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi double klaim.			Seluruh responden menjawab dilakukan.
	Dilakukan	12	100%	
	Tidak Dilakukan	0	0%	
5.	SIC 5. Finalisasi Klaim dan diteruskan verifikator dapat melihat klaim dengan status pending pada menu			Seluruh responden menjawab dilakukan
	Dilakukan	12	100%	
	Tidak Dilakukan	0	0	
6.	SIC 6. Umpan balik pelayanan Software Ina-Cbg's berjalan sesuai rencana.			Seluruh responden menjawab dilakukan
	Dilakukan	12	100%	
	Tidak Dilakukan	0	0	
7.	SIC 7. Langkah pengiriman file klaim berjalan dengan baik dan teratur sesuai panduan yang tertera.			Seluruh responden menjawab Dilakukan
	Dilakukan	12	100%	
	Tidak Dilakukan	0	0%	



(Sumber : Hasil Pengolahan Data)

**Gambar 4.4 Telaah Verifikasi Menggunakan Softwer Ina-CBG's (SIC)**

Dari gambar 4.4 menunjukkan bahwa Aspek Verifikasi Menggunakan Softwer Ina-CBG's (SIC) yaitu SIC 1. Rumah Sakit telah melakukan validasi output data INACBG's yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. Melakukan proses verifikasi administrasi, SIC 2. Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit, SIC.3 Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator melihat status klaim yang layak secara administrasi, SIC 4. Verifikasi lanjutan dengan tujuh langkah dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi



error verifikasi dan potensi double klaim, SIC 5. Finalisasi Klaim dan diteruskan verifikasi dapat melihat klaim dengan status pending pada menu, SIC 6. Umpan balik pelayanan Software Ina-Cbg's berjalan sesuai rencana, dan SIC 7. Langkah pengiriman file klaim berjalan dengan baik dan teratur sesuai panduan yang tertera telah dilakukan secara baik, didapatkan hasil 100%.

## 2. Hasil Penelitian Kualitatif

**Tabel 4.5 Hasil Wawancara Prosedur Klaim BPJS Pasien Rawat Inap.**

<b>Responden</b>	<b>Open Coding</b>	<b>Axial</b>	<b>Theme</b>
Dokter	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alur prosedur sudah berjalan dengan baik.</li> <li>2. Laporan administratif dari perawat ke tenaga medis sudah di lakukan</li> <li>3. Kesadaran tiap profesi untuk mengisi rekam medik belum baik</li> <li>4. Perlu dibuat alur yang lebih singkat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alur prosedur klaim berjalan baik dengan didukung tenaga medis lain.</li> <li>2. Kesadaran dalam mengisi resum medis secara kengkap</li> </ol>	Rumah Sakit : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring dan Evaluasi</li> <li>2. SDM Tenaga Medis : Kesadaran, Kerjasama dan Tanggung jawab profesi.</li> </ol>

Lanjutan Tabel 4.5 Hasil Wawancara Prosedur Klaim BPJS Pasien Rawat Inap.

<b>Responden</b>	<b>Open Coding</b>	<b>Axial</b>	<b>Theme</b>
Perawat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Harus banyak berperan karena lebih banyak waktu bertemu pasien.</li> <li>2. Bisa membantu mengurus segala persyaratan klaim, khususnya bagian kepala bangsal.</li> </ol>	Perawat lebih banyak ikut andil untuk membantu profesi lain.	
Rekam Medik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan mengisi rekam medis secara lengkap ialah komponen utama.</li> <li>2. Prosedur sudah tertata.</li> </ol>	Kesadaran akan tanggung jawab tiap profesi.	
Verifikator BPJS RS PKU Gamping	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosedur klaim membuat tenaga medis kesulitan.</li> <li>2. Sering tidak tersedianya verifikator BPJS yang bertugas di RS PKU Muhammadiyah Gamping.</li> </ol>	SDM  Sikap Profesional	

(Sumber : Hasil Pengolahan Data)

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa prosedur klaim BPJS pasien rawat inap. Prosedur klaim ini dapat dikategorikan menjadi 2 aspek yaitu rumah sakit dan petugas medis. Dari aspek Rumah Sakit dibutuhkan monitoring, evaluasi, dan sumber daya manusia yang perbandingannya tidak terlalu jauh dengan jumlah pasien, sehingga bisa membantu untuk proses prosedur klaim pasien rawat inap. Selanjutnya dari aspek petugas medis sangat dibutuhkan kesadaran yang tinggi untuk melaksanakan kewajibannya mengisi rekam medis secara lengkap dan tepat. Hal ini dilakukan untuk mendukung peningkatan mutu dan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

**Tabel 4.6 Hasil Wawancara Kesesuaian dengan  
Pendapatan Klaim Rawat Inap di RS PKU  
Muhammadiyah Gamping**

<b>Responden</b>	<b>Open Coding</b>	<b>Axial</b>	<b>Theme</b>
Dokter	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klaim yang didapat lebih kecil dari Klaim yang diminta rumah sakit.</li> <li>2. Perlu komunikasi antar tenaga medis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi.</li> <li>2. Pengetahuan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konseling kepada DPJP berdasarkan formularium yang BPJS miliki.</li> <li>2. Komunikasi intensif dengan bagian Verifikator BPJS.</li> </ol>
Perawat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klaim yang didapat lebih kecil ada hubungan dengan coding atau grouping yang dituliskan DPJP.</li> </ol>		
Verifikator BPJS RS PKU Gamping	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klaim yang didapat sering lebih kecil karena diagnosa tidak sesuai dengan data penunjang ataupun coding atau grouping DPJP tidak sesuai.</li> </ol>		

(Sumber : Hasil Pengolahan Data)

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa Pendapatan Klaim Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Pendapatan klaim ini dapat berjalan baik dan lancar ketika Rumah Sakit mampu memberikan konseling kepada DPJP berdasarkan formularium yang BPJS miliki, maka dari hal tersebut bisa meminimalkan kerugian yang didapat Rumah Sakit. Kemudian, perlu juga komunikasi intensif dengan bagian Verifikator dan Rekam Medis BPJS RS PKU Muhammadiyah Gamping untuk mendukung peningkatan mutu dan kualitas pelayanan Rumah Sakit khususnya dibagian anggaran Rumah Sakit, agar Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping terus mengembangkan inovasi dan kreasinya dalam meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

**Tabel 4.7 Hasil Wawancara Kendala Pelaksanaan BPJS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping**

Responden	Open Coding	Axial	Theme
Dokter	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi antar profesi masih susah.</li> <li>2. Butuh SDM untuk mengkonfirmasi secara cepat RM ke DPJP jika terdapat kekeliruan.</li> <li>3. Tidak sesuai SOAP.</li> <li>4. Kurangnya sosialisasi tentang formularium yang BPJS punya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi.</li> <li>2. Time Managemen t.</li> <li>3. Pengetahuan</li> <li>4. Kesadaran akan tanggung jawab setiap profesi.</li> <li>5. Pemantauan dari RS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personal Behavior.</li> <li>2. Peran Rumah Sakit</li> </ol>
Perawat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Semua bagian belum mehamami alur prosedur pasien BPJS.</li> </ol>		
Verifikator BPJS RS PKU Muhammadiyah Gamping	Butuh pelatihan dan sharing evaluasi antar SDM khususnya tentang coding dan grouping diagnosis.		

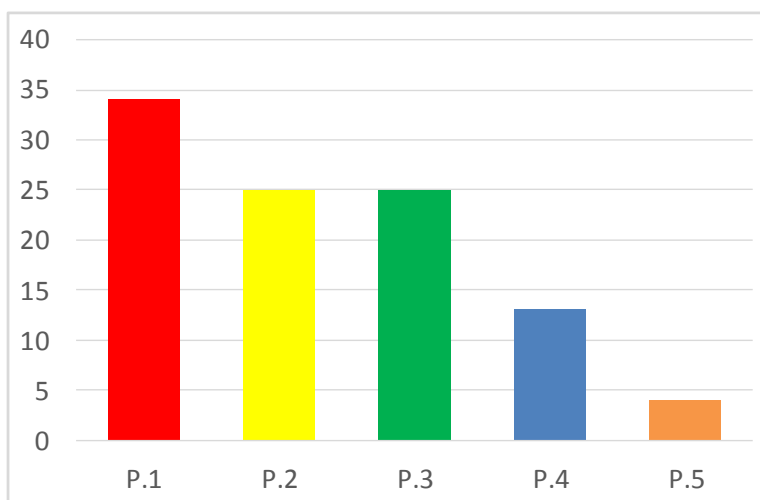
(Sumber : Hasil Pengolahan Data)

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa kendala pelaksanaan BPJS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Kendalanya adalah Kedisiplinan, Time Management, SDM dan Komunikasi, Peran Verifikator BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Semua responden merasa komunikasi antar profesi masih belum dilakukan

secara efektif dikarenakan memerlukan waktu yang banyak dan tidak singkat untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Sedangkan, seperti DPJP ialah mempunyai pasien yang dihadapi berjumlah banyak dan petugas medis sedikit sehingga kedisiplinan dalam mengisi catatan rekam medis tidak begitu baik karena tidak mempunyai cukup waktu. Dalam kenyataannya, khususnya dibagian rekam medis, dimana terdapat bagian yang dianggap tidak perlu ada pengulangan, seperti penulisan identitas pasien dan lembar anamnesa ulang, sehingga sebagian besar DPJP tidak mengisi. Selanjutnya, perlu perhatian khusus dari pihak Verifikator BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping, untuk bisa selalu berada ditempat, karena jikalau tidak ada ditempat maka dari pihak tenaga medis yang berada di RS akan merasa bingung jika ingin berkonsultasi terkait rekam medis ataupun pasien yang mempunyai asuransi BPJS.

**Tabel 4.8 Tingkatan permasalahan klaim BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping**

Kode	Permasalahan	Hasil
P.1	DPJP tidak lengkap mengisi rekam medis	33,33%
P.2	Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ditempat	25%
P.3	Kurangnya persamaan persepsi antar verifikator BPJS	25%
P.4	Tarif yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan tarif klaim yang diajukan	12,67%
P.5	<i>Coding</i> atau <i>Grouping</i> diagnosis ke sistem Ina-CBG's berpengaruh pada hasil klaim yang didapatkan	4%



(Sumber : Hasil Pengolahan Data)

**Gambar 4.5. Tingkatan permasalahan klaim BPJS di RS PKU Muhammadiyah Gamping.**



Berdasarkan Gambar 4.5 menunjukkan bahwa tingkatan permasalahan klaim di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Dari hasil wawancara, terdapat beberapa aspek yang menjadi masalah di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping dalam hal proses klaim BPJS. Sampai saat ini, rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping belum menemukan titik masalah dari aspek klaim yang selalu mundur atau klaim yang didapat lebih kecil. Dapat kita lihat dari tabel di atas, permasalahan tertinggi didapatkan pada aspek dokter penanggung jawab pasien tidak lengkap dalam hal mengisi rekam medis. Bisa kita pahami, jikalau dokter penanggung jawab pasien tidak tepat waktu dalam mengisi rekam medis, maka akan berpengaruh pada waktu untuk mendapatkan klaim tersebut. Aspek berikutnya ialah verifikasi BPJS rumah sakit tidak selalu ditempat. Dalam hal ini bahwa verifikasi rumah sakit sebagai mediator antara rumah sakit dengan verifikasi pusat, jikalau mediator tersebut tidak ada, maka akses untuk pengurusan klaim menjadi terhalang. Aspek selanjutnya ialah kurangnya persamaan persepsi antar verifikasi BPJS. Bisa kita pahami

bahwa yang berada di lapangan ialah seorang tim medis yaitu dokter penanggung jawab pasien, dalam hal ini terkadang verifikator tidak memahami kondisi nyata di lapangan, sehingga bisa mengakibatkan perbedaan dalam hal klaim yang didapatkan, sementara verifikator hanya mengikuti formularium yang sudah dimiliki. Selain ketiga aspek diatas, terdapat aspek lainnya yang juga berpengaruh, yaitu tarif yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan tarif yang diajukan rumah sakit kepada pihak BPJS. Hal ini sangat erat sekali hubungannya dengan masalah *coding* atau *grouping* diagnosisnya, karena jikalau *coding* atau *grouping* yang dimasukkan tidak sesuai, maka klaim yang didapatkan bisa sangat kecil.

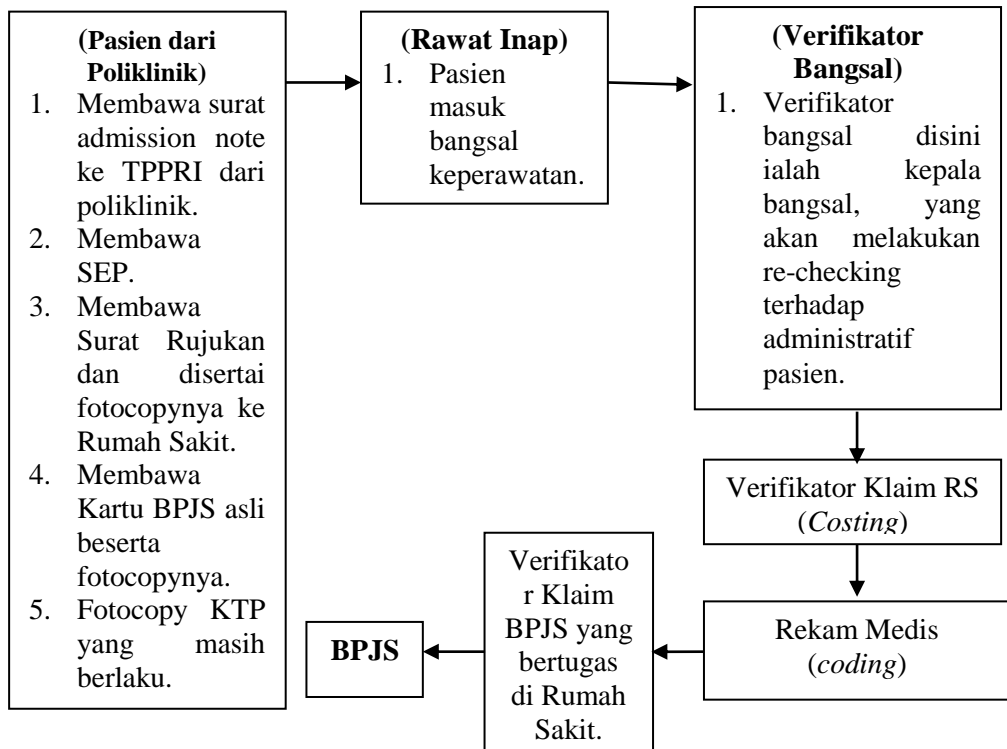
### **C. Pembahasan**

#### 1. Alur Berkas Pasien BPJS rawat inap.

##### a. Poliklinik

Instalasi rawat jalan atau unit rawat jalan atau poliklinik, merupakan tempat pelayanan pasien yang berobat rawat jalan sebagai pintu pertama apakah pasien

tersebut menginap atau tidak, atau perlu dirujuk ketempat pelayanan kesehatan lainnya.



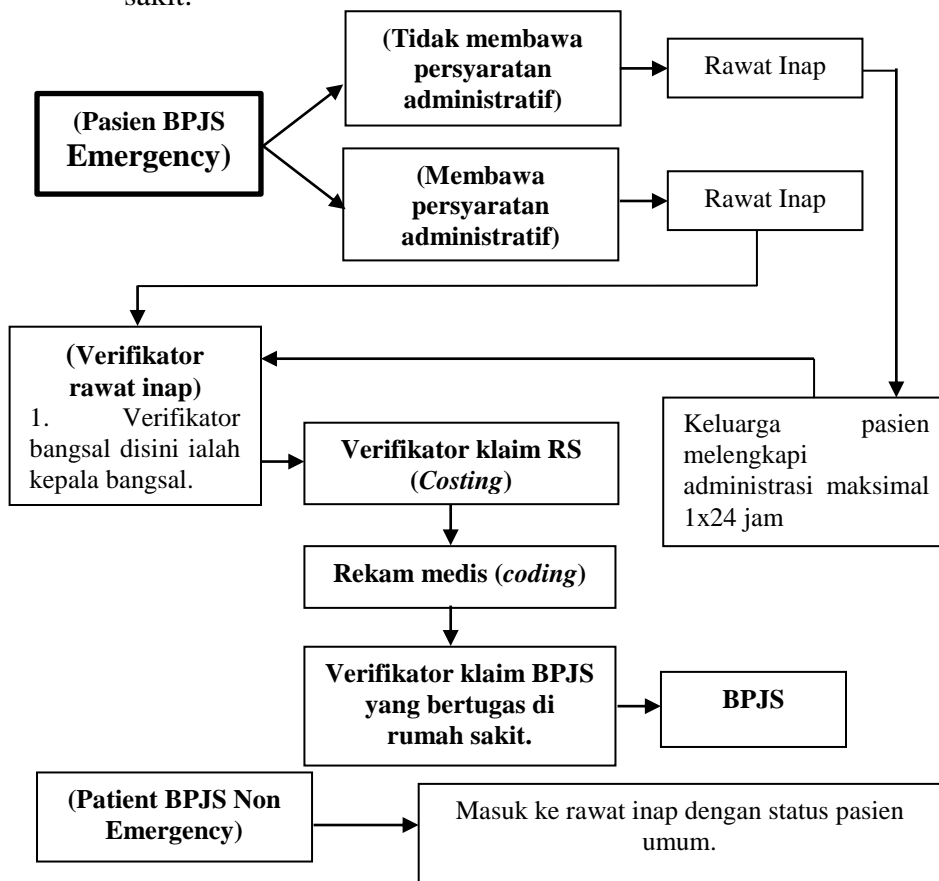
(sumber : hasil pengolahan data)

**Gambar 4.6. Model Verifikasi Klaim berkas pasien BPJS rawat inap berasal dari Poliklinik.**

b. Unit Gawat Darurat (UGD)

UGD merupakan tempat pelayanan di rumah sakit yang melayani pasien selama 24 jam setiap hari, untuk melayani pasien yang mengalami keadaan yang gawat darurat. Karena kecepatan dan ketepatan

pelayanan medis, maka sering kali dikatakan bahwa UGD merupakan jendela mutu pelayanan medis rumah sakit.



(sumber : hasil pengolahan data)

**Gambar 4.7. Model Verifikasi Klaim berkas pasien BPJS rawat inap berasal dari UGD.**

Untuk gambar 4.6 dan dan 4.7 menunjukkan bahwa pada alur berkas yang diterima oleh pihak rumah sakit yang menangani pasien rawat inap dengan

menggunakan program BPJS. Pertama, pasien yang rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping ini berkasnya diterima oleh pihak verifikasi ruangan untuk diperiksa. Kemudian setelah di verifikasi ruangan selesai berkas tersebut akan dikirim ke verifikasi klaim untuk pendataan biaya yang harus ditanggung oleh pihak yang sakit pada pasien BPJS. Setelah selesai pihak verifikasi klaim akan melaporkan ke rekam medis untuk mendata penyakit yang dideritanya dengan menggunakan banyak diagnosa penyakitnya dan setelah selesai di data pihak rekam medis, berkas di kirim lagi ke pihak verifikasi klaim untuk pendataan lebih lanjut mengenai proses yang dilakukan oleh pihak sebelumnya. Jika dari pihak verifikasi klaim rumah sakit sudah menyetujui, maka data akan dikirimkan ke bagian BPJS pusat, dan selanjutnya BPJS pusat akan mengcheck data yang dikirimkan oleh verifikasi rumah sakit sudah sesuai atau belum, jika sudah sesuai maka dari pihak BPJS bagian keuangan akan membayarkan klaim ke

rumah sakit yang mengajukan klaim khususnya RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014, terdapat empat aspek verifikasi yang harus dilengkapi untuk mendapatkan klaim. Diantaranya ialah verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan, dan verifikasi menggunakan software verifikasi. Dari semua aspek yang ada, hanya ada satu aspek yang menjadi masalah dalam penelitian ini, yaitu pada aspek verifikasi pelayanan kesehatan khususnya bagian pelayanan IGD di rumah sakit merupakan pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari termasuk rawat jalan. Dari 12 responden, terdapat 5 responden yang tidak setuju bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah melakukan hal tersebut dan 7 responden setuju bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah melakukan hal tersebut. Dalam hal ini, saya mencocokkan dengan hasil wawancara yang saya lakukan, dalam hal ini maka dari

semua responden menyatakan bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah melakukan pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari termasuk rawat jalan, jadi bisa dikatakan bahwa rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping sudah sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014.

2. Keterlambatan pihak BPJS dalam proses pembayaran ke RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Proses keterlambatan dikarenakan pihak BPJS masih mengcheck semua klaim pasien BPJS yang berada di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Selain itu, untuk pencairan dari klaim tersebut pihak BPJS melaporkan dahulu ke kantor pusat karena penting untuk diketahuinya. Berdasarkan hasil wawancara intensif dengan pihak verifikator BPJS rumah sakit, dari keterlambatan pelunasannya pihak BPJS sanggup melunasi pembayaran di bulan berikutnya baik di pertengahan bulan ataupun di akhir bulan berikutnya. Dan pihak BPJS sudah menandatangani kesepakatan untuk pelunasannya.

3. Hambatan dan solusi terkait permasalahan internal RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Dimulai dari hambatan pertama yang terjadi di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping ini ialah dokter penanggung jawab pasien (DPJP) tidak lengkap mengisi rekam medis. Bisa kita ketahui bahwa DPJP rawat inap ialah seluruhnya seorang spesialis. Seorang dokter spesialis mempunyai kesibukan dan kepadatan aktivitas sehingga sering lupa atau bahkan memang tidak mengisi dengan alasan tidak sempat untuk mengisi. Jikalau hal itu terus dibiarkan, maka akan berpengaruh pada mutu kualitas rumah sakit. Dalam hal ini, yang sering bermasalah ialah pada hal resume pasien pulang (RPP). Kelengkapan RPP juga menjadi salah satu indikator mutu pelayanan medis di rumah sakit. Dokumen RPP yang lengkap akan merampingkan rangkaian prosedur sehingga meningkatkan efisiensi. Namun demikian, dokumen RPP sangat jarang terisi dengan lengkap sehingga informasi bermanfaat rawan untuk terbuang. Dokumen RPP yang tidak lengkap ini sering disebut RPP defisien. Dalam



kerangka pikir penagihan BPJS kesehatan, RPP defisien mengakibatkan pemborosan waktu dan sumber daya.

Selain itu, RPP sebenarnya merupakan dokumen yang penting untuk kontinuitas pelayanan antar penyedia layanan kesehatan. Penelitian di berbagai negara menemukan masalah yang melatarbelakangi kurangnya mutu RPP. Sebagian besar masalah ini berkaitan dengan pengisian oleh DPJP, baik karena kurangnya waktu sampai dengan kurangnya kemauan. Dokumen RPP defisien dikembalikan kepada DPJP yang bersangkutan oleh petugas rekam medis, sekali atau lebih, sampai dengan lengkap dan bisa dikoding dalam sistem pelaporan maupun sistem penagihan pihak pembayar. Inefisiensi ini sebenarnya tidak perlu terjadi apabila faktor-faktor yang melandasi RPP defisien bisa dikenali dan diintervensi. Prosedur pengembalian RPP kepada DPJP memperlama proses penagihan kepada pihak pembayar atau BPJS, sehingga rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping merasa perlu untuk melakukan audit kelengkapan RPP ini. Permasalahan DPJP dalam hal ini yaitu ketidaklengkapan penulisan diagnosis masuk, diagnosis

keluar, hasil laboratorium yang penting dan pengobatan. Solusi dari permasalahan ini ialah sangat mudah asalkan peran yang bersangkutan (DPJP) mau dan sadar untuk mengiri rekam medis secara lengkap. Jikalau perlu, maka direktur rumah sakit membuat surat keputusan (SK) terkait dokter spesialis dalam mengisi rekam medis secara lengkap dan tepat, dengan hal tersebut, maka DPJP akan lebih sadar dan mengerti betapa pentingnya mengisi rekam medis untuk kepentingan rumah sakit maupun kepentingan pribadi.

Setelah itu, kita masuk ke hambatan selanjutnya tentang verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ditempatkan dan kurangnya persamaan persepsi antar verifikator BPJS. Masalah seperti ini sangatlah, karena bisa berpengaruh pada keterlambatan mendapatkan klaim dan berpengaruh pada besarnya klaim yang didapatkan. Masuk ke yang pertama tentang verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu ditempatkan, bisa kita rasakan bahwa verifikator BPJS rumah sakit ini ialah sebagai mediator yang menghubungkan antara rumah sakit ke verifikator pusat, jikalau tanpa ada verifikator BPJS rumah sakit, maka seluruh pasien BPJS rawat inap yang ada

di RS PKU Muhammadiyah Gamping tidak bisa mendapatkan klaim. Seperti di rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping ini, bahwa dari penelusuran peneliti langsung ke lokasi penelitian, memang verifikasi BPJS yang ditempatkan di RS PKU Muhammadiyah Gamping sering tidak ada ditempat, dalam seminggu hanya 2-3 hari berada ditempat, hal ini sangat menyulitkan para verifikasi ruangan untuk mengurus berkas pasien ke verifikasi BPJS rumah sakit. Jikalau hal ini terus berlanjut, maka rumah sakit bisa dikatakan akan terus mendapatkan klaim mundur. Solusi dari masalah ini ialah bahwa rumah sakit berkomunikasi dengan bagian BPJS pusat, untuk memberikan SDM tetap di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Hambatan selanjutnya ialah tentang pemahaman verifikasi yang sering tidak sama atau pemahaman persepsi antar verifikasi yang tidak sama. Hal ini bisa berpengaruh pada hasil klaim yang didapatkan pihak rumah sakit. Perlu kita pahami bahwa setiap verifikasi mempunyai pemahaman dan kemampuan masing-masing. Sebagai contoh berdasarkan hasil wawancara yang peneliti lakukan, ada verifikasi yang

mbolehkan diagnosa thypoid tanpa pemeriksaan kultur, tapi ada verifikator yang tidak mbolehkan hal tersebut. Hal-hal seperti ini ialah sangat penting, karena pada akhirnya seorang DPJP akan menjadi bingung jika ingin melakukan tindakan. Maka, dari hal ini butuh pemahaman antar verifikator agar proses klaim dapat berjalan dengan sebagaimana mestinya. Solusi seperti ini bisa kita tanggulangi dengan cara pelatihan berkala untuk para verifikator di setiap rumah sakit, pelatihan ini guna melatih skill dann kemampuan dari setiap verifikator di rumah sakit. Setelah itu, masuk ke hambatan selanjutnya ialah tarif yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan tarif klaim yang diajukan. Hal ini sangat erat hubungannya dengan *coding* atau *grouping* diagnosis ke sistem INA-CBG's, karena akan berpengaruh pada hasil klaim yang didapatkan.

Menurut Aljunid (2014), Pengkodean INA-CBG's berdasarkan kepada sistem klasifikasi international dari WHO, dimana INA-CBG's tidak dapat berjalan tanpa adanya pengkodean yang baik. Klinisi yang bertanggung jawab untuk perawatan pasien harus memilih kondisi utama untuk

dicatat, begitu pula dengan kondisi lainnya, setiap kali pelayanan kesehatan diberikan. Kondisi utama didefinisikan sebagai diagnosa akhir dari setiap episode layanan kesehatan, yang digunakan untuk kebutuhan keperawatan atau pemeriksaan khusus bagi pasien. Jika terdapat lebih dari satu kondisi serupa, maka yang harus dipilih sebagai kondisi utama adalah kondisi yang menggunakan sumber daya terbesar, dan mendorong lamanya hari rawat inap pasien. Dalam hal ini, menentukan diagnosis utama cukuplah sulit. Hal ini didefinisikan sebagai kondisi diagnosis akhir pada akhir episode perawatan, yang menyebabkan pasien mendapatkan layanan atau pemeriksaan yang dibutuhkan. Penentuan diagnosis sekunder termasuk semua diagnosa selain diagnosa utama pada satu episode perawatan, atau yang timbul selama ia dirawat. Dalam hal tersebut, solusi dalam pengkodean diagnosis dan prosedur adalah menentukan kode INA-CBG's yang tepat agar hasil klaim pun mendapatkan yang maksimal. Namun, untuk menjamin koding diagnosis dan prosedur berjalan dengan baik oleh koder di rumah sakit, rumah sakit harus memastikan kualitas

manajemen yang baik dan dikepalai oleh dokter dan auditor medis, untuk meningkatkan efisiensi coding dan meminimalisir kesalahan coding pada berbagai tingkat.