

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran RSUD Muhammadiyah Bantul

Rumah Sakit Umum RSUD Muhammadiyah Bantul merupakan rumah sakit yang terletak di Jalan Jenderal Sudirman 124 Bantul Yogyakarta. Rumah sakit ini memiliki sejarah singkat yaitu pada awal tanggal 09 *Dzulqo'dah* tahun 1966 atau bertepatan pada tanggal 01 Maret 1966, berdirilah sebuah Klinik dan Rumah Bersalin bertepatan di kota Bantul yang diberi nama Klinik dan Rumah Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul. Sebagai suatu karya dari tokoh-tokoh Muhammadiyah dan 'Aisyiyah pada waktu lalu. Seringin berjalannya waktu, Klinik dan Rumah Bersalin RSUD Muhammadiyah Bantul berkembang kian pesat yang ditandai dengan adanya pengembangan pada pelayanan di bidang kesehatan anak, baik pada upaya penyembuhan maupun pelayanan di bidang pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahun 1984.

Rumah Sakit Umum RSUD Muhammadiyah Bantul telah berdiri dari tahun 1966 dengan status rumah bersalin, hingga pada tahun 1995 mengalami peningkatan dari Rumah Bersalin menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak dengan Surat Keputusan Ijin Kanwil Depkes Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta No 503/1009/PK/IV/1995. Pada tahun 2001 berkembang menjadi Rumah Sakit Umum RSUD Muhammadiyah Bantul dengan diterbitkannya ijin operasional dari Dinas Kesehatan No 445/4318/2001. Saat ini RSUD Muhammadiyah Bantul telah mendapatkan akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dari KARS. Adapun moto yang dipegang oleh RSUD Muhammadiyah Bantul yaitu "Layananku Ibadahku". Falsafah yang dimiliki RSUD Muhammadiyah Bantul merupakan perwujudan ilmu, iman dan Amal Sholeh.

2. Visi dan Misi RSU PKU Muhammadiyah Bantul

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul memiliki visi dan misi sebagai berikut:

a. Visi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul

Mewujudkan Rumah Sakit Islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global dan menjadi kebanggaan umat.

b. Misi Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul

Berdakwah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan mengutamakan peningkatan kepuasan pelanggan serta peduli pada kaum *dhu'afa*.

3. Tujuan RSU PKU Muhammadiyah Bantul

Adapun tujuan yang dimiliki oleh RSU PKU Muhammadiyah Bantul yaitu:

- a. Menjadi media dakwah islam melalui pelayanan kesehatan untuk mencapai ridho Allah SWT
- b. Meingkatnya produktifitas kerja melalui manajemen yang efektif dan efisien sehingga terwujud kesejahteraan bersama
- c. Terwujudnya pelayanan yang bermutu
- d. Terwujudnya profesionalisme dan komitmen karyawan
- e. Terwujudnya Rumah Sakit sebagai wahana Pendidikan, penelitian, dan pengembangan ilmu pengetahuan
- f. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat termasuk kaum dhu'afa.

4. Pelayanan di RSU PKU Muhammadiyah Bantul

RSU PKU Muhammadiyah Bantul memiliki unit pelayanan sebagai berikut:

- a. Pelayanan 24 Jam
 - 1) Instalasi Gawat Darurat
 - 2) Farmasi
 - 3) Laboratorium
 - 4) Radiologi
 - 5) *Ambulance*

b. Rawat Khusus

- 1) Instalasi Gawat Darurat
- 2) Hemodialisa
- 3) *ICU*
- 4) *HCU*
- 5) *NICU*

c. Rawat Jalan

- 1) Poliklinik Bedah
 - a) Bedah Umum
 - b) Bedah *Orthopedi*
 - c) Bedah Mulut
 - d) Bedah Urologi
 - e) Bedah Digestif
- 2) Poliklinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan
- 3) Poliklinik Tumbuh Kembang Anak
- 4) Poliklinik Penyakit Dalam
- 5) Poliklinik Kulit dan Kelamin
- 6) Poliklinik Syaraf
- 7) Poliklinik Jiwa
- 8) Poliklinik Anak
- 9) Poliklinik THT
- 10) Poliklinik Gigi
- 11) Poliklinik Umum
- 12) Poliklinik Mata
- 13) Poliklinik Jantung
- 14) Poliklinik Psikologi

d. Rawat Inap

e. Tindakan Khusus

- 1) Bedah
 - a) Umum
 - b) *Orthopedi*

- c) Mulut
- d) Urologi
- e) Katarak (*Pacho* & Konvensional)
- 2) Non Bedah
 - a) *CAPD*
 - b) *ESWL*
- 3) Persalinan
 - a) Spontan
 - b) Bedah Caesar
 - c) *ILA/ELA*
- f. Pelayanan Masyarakat
 - 1) *Home Care*
 - 2) Pemeriksaan/Pengobatan Masal
 - 3) Khitan Masal
 - 4) Club Lansia
- g. Pelayanan Penunjang
 - 1) Laboratorium Klinis
 - 2) Pemeriksaan *Endoscopy*
 - 3) EKG
 - 4) EEG
 - 5) Radiologi: *CT Scan Multislice, Rontgen, USG 3D*
- h. Pelayanan Lain
 - 1) Tes Bebas Napza
 - 2) Senam Hamil
 - 3) Pelayanan Infomrasi Obat
 - 4) Pelayanan *Home Care*
 - 5) *General Medical Check Up (GMC)*
 - 6) Pelayanan Bimbingan Rohani Islam
 - 7) Konsultasi GIzi
 - 8) Pelayanan RUKti Jenazah
 - 9) *Trauma Center*

- 10) LKK DMT
- 11) *Go Pharmacy*
- 12) *Telemedicine*

5. Distribusi Frekuensi *Pending* Klaim Januari-Maret Tahun 2022 di RSU PKU Muhammadiyah Bantul

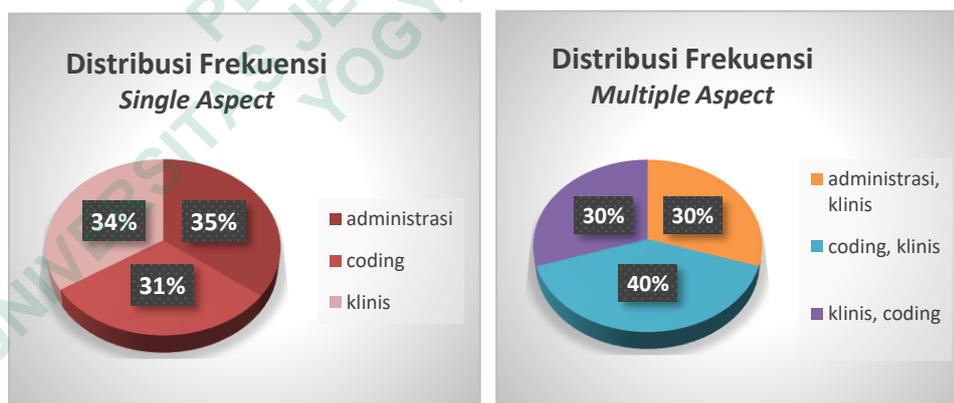
Berikut adalah tabel distribusi frekuensi *pending* klaim bulan Januari-Maret tahun 2022 di RSU PKU Muhammadiyah Bantul:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi *Single Aspect*

<i>Single Aspect</i>	Jumlah	Distribusi Frekuensi
Aspek Administrasi	145	35%
Aspek Klinis	140	34%
Aspek <i>Coding</i>	125	31%
Total	410	100%

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi *Multiple Aspect*

<i>Multiple Aspect</i>	Jumlah	Distribusi Frekuensi
Aspek <i>Coding</i> , Klinis	4	40%
Aspek Administrasi, Klinis	3	30%
Aspek Klinis, <i>Coding</i>	3	30%
Total	10	100%



Gambar 4.1 Diagram Pie Distribusi Frekuensi

Sumber: Data Revisi *Pending* Klaim RSU PKU Muhammadiyah Bantul

Data di atas diperoleh dari data revisi *pending* klaim pasien rawat inap bulan Januari-Maret tahun 2022 di RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Jumlah kasus *pending* klaim di bulan Januari-Maret yaitu sejumlah 420 klaim dengan total pasien 2140 pasien rawat inap JKN, untuk dapat mengetahui distribusi frekuensi *pending* klaim, peneliti melakukan

pengolahan data menggunakan aplikasi *Microsoft Excel*. Berdasarkan hasil perhitungan distribusi frekuensi *pending* klaim, dari ketiga aspek dapat terlihat bahwa frekuensi tertinggi jatuh pada aspek administrasi yaitu sebanyak 35% diikuti dengan aspek klinis sebanyak 34% dan yang terakhir pada aspek *coding* yaitu 31%.

Dilihat dari diagram di atas, peneliti mengelompokkan distribusi frekuensi berdasarkan *single aspect* dan *multiple aspect*. Apabila dilihat dari distribusi frekuensi dari perhitungan *single aspect*, aspek administrasi menjadi yang tertinggi yaitu 35%. Sedangkan, apabila dilihat dari perhitungan distribusi frekuensi *multiple aspect*, aspek *coding* dan klinis dengan persentase 40%.

Dalam proses pengolahan data untuk mengetahui distribusi frekuensi *pending* klaim ini, peneliti menggunakan data sekunder yang didapatkan dari rumah sakit yaitu berupa data revisi *pending* klaim bulan Januari-Maret tahun 2022. Pengolahan data dimulai dari, peneliti mengelompokkan data secara manual. Dan pada saat proses studi dokumentasi, diketahui bahwa data revisi *pending* klaim pasien rawat inap pada bulan Januari-Oktober tahun 2022 masih dilakukan secara manual yaitu berupa rekapan revisi *pending* klaim pasien yang dicetak. Peneliti mendapatkan informasi bahwa pencatatan secara manual itu, mulai dari bulan November tahun 2022 hingga saat ini tahun 2023 sudah dilakukan pencatatan secara tersistem menggunakan aplikasi *Microsoft Excel*.

6. Alur Pengajuan Klaim di RSUD Muhammadiyah Bantul

Untuk mengetahui alur pengajuan klaim di RSUD Muhammadiyah Bantul, peneliti melakukan studi dokumentasi dan wawancara bersama beberapa petugas di unit puskesmas RSUD Muhammadiyah Bantul yang merupakan informan penelitian. Hasil dari studi dokumentasi telah terdapat Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk proses pengiriman klaim JKN dengan nomor dokumen SPO.006/PUSJ/09/22. Berikut adalah alur pengajuan proses pengiriman klaim sebagai berikut:

- a. Buka program E-Klaim *INACBG*
- b. Klik menu laporan klaim individual
- c. Pilih jenis rawat, periode dan waktu grouping
- d. Klik item tampilkan
- e. Pilih *TXT Encrypted* dan klik unduh
- f. Buka program *V-Claim* BPJS
- g. Klik menu kemudian pilih digital validation
- h. Klik *form diva* kemudian pilih bulan dan tahun pelayanan serta jenis klaim
- i. Pilih *file TXT* yang telah diunduh
- j. Klik kirim kemudian refresh
- k. Klik validasi
- l. Lakukan unduh hasil validasi
- m. Klik item ajukan

Peneliti melakukan wawancara bersama informan untuk mengetahui alur pengajuan klaim, adapun informasi yang didapatkan sebagai berikut:

“Jadi pertama kali, berkas itu setelah pasien pulang itu yang melalui dibagian Puskades.. Pusat Data Kesehatan itu di rekam medis. Dari rekam medis nanti dilakukan *assembling, coding* khusus untuk rumah sakit saja. Setelah disana selesai, nanti biasanya siang jam 10 nanti ada petugas dari pusjamkes, mengambil berkas di rekam medis tadi. Nanti disini dilakukan, istilahnya apa ya melipat berkas untuk keperluan klaim, laporan operasi, resume dan lain sebagainya. Setelah dilakukan pelipatan nanti difotokopi, setelah difotokopi kita jadikan satu sama berkas klaimnya. Setelah dijadikan satu nanti kita telaah dulu, kita baca ceritanya seperti apa, setelah sudah kita *coding* di-*coding* JKN di *bridging* namanya. Setelah itu nanti kita kirim langsung otomatis nge-*line* dikirim ke elektronik klaim yang nasional BPJS. Setelah nanti kumpul selama satu bulan, nanti misalkan tanggal satu sampe 31 maret nanti klaimnya paling ndak maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. 10 hari setelah kita kirim nanti keluar revisi dan revisi itu tadi kita kirim lagi tanggal 10 bulan berikutnya lagi.. seperti itu estafetnya”.

Informan 1

“Biasanyakan berkas dari rekam medis puskades kesini, terus kita *coding* biasanya kita cek dulu *codingan* disanakan sudah dimasukkin di sistem rumah sakitnya. karena klaim karena masih manual, jadi kita fotokopi kita lipati yang dibutuhkan. Terus nanti kalo udah kita *coding* disistem *bridging*-nya, sudah di-*bridging* kita *coding* diproses nanti ke *import* sendiri ke *e-klaim*... baru dikirim.”

Informan 2

“Pertama itu, pas pasien pulang nanti berkasnya itu diambil sama rekam medis. Nanti sama rekam medis di-*coding* rumah sakit. Setelah *di-coding* rumah sakit langsung dibawa kesini, diteliti *coding* untuk BPJS. Setelah itu difotokopi dulu apa yang perlu di BPJS setelah itu kembali lagi ke-*filling*”.

Informan 3

“Jadikan, diambil oleh petugas dari rawat inap terus masuk ke MR atau petugas yang peng-kodean, dilantai tiga itu. Terus dikode, dikode dulu disana, habis itu baru nanti kita ambil kesini ke pusjamkes, terus nanti kita verifikasi dulu kelengkapannya jadi misalkan resumennya ada tidak lengkap, kita lengkapi dulu, syarat-syaratnya ada yang mungkin harus fotokopi dari berkas dulu nanti difotokopi dulu baru kita ke-*coder*. *Coder* nanti meng-*coder* sesuai *INA CBG's*-nya maksudnya sesuai diagnosa ke *e-klaim*... nanti kalo sudah baru dikirim.”

Informan 4

Dalam hasil wawancara yang dilakukan bersama keempat informan didapatkan informasi yang sama terkait alur pengajuan klaim. Adapun alur pengajuan klaim yaitu: setelah pasien rawat inap pulang, berkas rekam medis akan terlebih dahulu masuk ke unit rekam medis Pusdakes (Pusat Data Kesehatan) untuk dilakukan proses *assembling* dan *coding* internal pelaporan rumah sakit. Setelah itu berkas rekam medis pasien rawat inap akan diambil oleh petugas Pusjamkes (Pusat Jaminan Kesehatan) untuk dilakukan proses pengajuan klaim. Sebelum itu berkas akan melalui tahap pemberkasan atau memilah dan menjadikan satu berkas persyaratan untuk dijadikan satu. Setelah selesai akan dilanjutkan dengan proses telaah kasus untuk dilakukan *coding* JKN dan dikirim melalui *e-klaim* BPJS. Apabila proses *coding* selesai akan dilanjutkan oleh verifikator internal untuk melakukan verifikasi terhadap berkas persyaratan klaim yang akan diserahkan kepada pihak BPJS, jika semua proses telah selesai akan diakhir dengan melakukan pengajuan klaim kepada pihak BPJS yang sebelumnya telah disiapkan pihak rumah sakit dalam bentuk *TXT* yang dikirimkan secara *online* dan *PDF* yang dikirimkan secara langsung kepada BPJS. Proses pengajuan klaim ini akan diserahkan kepada BPJS Kesehatan setiap bulannya pada tanggal 10. Setelah klaim berhasil diajukan, berkas yang tidak mengalami *pending* akan diterima BPJS dan berkas yang dikembalikan pihak BPJS kepada rumah sakit akan mengalami *pending* klaim atau revisi.

Hal serupa juga disampaikan informan triangulasi yang menyampaikan:

“Kalo untuk alurnya biasanya.. kita rutin setiap bulan sebelum tanggal 10 itu sudah mengajukan ke BPJS. Tetapi target supaya mengurangi *pending* penyelesaiannya supaya lebih cepat, kita ajukan tanggal 5 jadi kita sudah tanggal 5 sudah kita ajukan. Nanti yang diajukan itu dalam bentuk *TXT* dulu kemudian setelah dianalisa oleh BPJS baru ada hasil yang perlu diperbaiki lagi terkait dokumentasi mungkin ada yang tertinggal atau apa, kemudian untuk yang lainnya *PDF* dan yang lain-lainnya baru kita kirim.”

Informan Triangulasi

Terdapat persamaan informasi yang diberikan oleh informan triangulasi, dalam hal ini informan juga menambahkan pernyataan bahwa untuk meminimalisir terjadinya *pending* klaim dan penyelesaiannya dapat terselesaikan dengan cepat, klaim akan diajukan pada tanggal 5.

Dalam proses pengajuan klaim unit pusjamkes belum memiliki *checklist* klaim rumah sakit. Dikarenakan berkas persyaratan klaim memiliki kategori kasus yang cukup banyak sehingga informasi terkait berkas administrasi pengajuan klaim dicatat melalui *Microsoft Excel*. Adapun kasus-kasus persyaratan klaim JKN pasien rawat inap yaitu: kasus umum, kasus partus/*obstetric*, kasus operasi bedah kasus non trauma dan kasus operasi beda kasus trauma. Berikut adalah berkas administrasi persyaratan klaim kasus umum:

- a. SEP (Surat Eligibilitas Peserta)
- b. Lembar Individual (*Grouping*)
- c. Rekening
- d. Farmasi
- e. Hasil Penunjang (RO, Lab)
- f. Resume Medis
- g. Triase
- h. EMR
- i. Surat Pengantar Dirawat
- j. Lembar Monitoring Rawat Inap
- k. Form Pengawan Khusus Rawat Inap
- l. Rekonsiliasi Obat
- m. CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)

- n. Lembar Penunjang (Bukti Transfusi Darah, EKG, EEG, ECHO)
- o. Lembar Monitoring ICU.

7. Faktor Penyebab *Pending* Klaim di RSUD Muhammadiyah Bantul

Untuk dapat mengetahui penyebab terjadinya *pending* klaim ini peneliti melakukan wawancara bersama salah satu petugas puskesmas RSUD Muhammadiyah Bantul. Berdasarkan hasil wawancara peneliti akan menjabarkan faktor penyebab *pending* klaim sesuai dengan klasifikasi dari panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim *INA CBG's* yang terdiri dari aspek administrasi, aspek *coding* dan aspek klinis. Selain itu peneliti akan mengelompokkan faktor penyebab dari masing-masing aspek berdasarkan faktor SDM, faktor sistem dan faktor sarana prasarana.

a. Aspek Administrasi

1) Faktor SDM

Faktor penyebab terjadinya *pending* klaim aspek administrasi berdasarkan faktor SDM yaitu, terdapat beberapa DPJP yang masih terlewat dalam mengisi ringkasan pulang pasien dengan lengkap.

“Kalo dari sumber daya manusia jelas itukan kesalahan, soalnya kan ada tau ini berkasnya ini harusnya ada ini tapi kok ngga dilengkapi.. biasanya seperti itu.”

Informan 1

“*Pending* administrasi, biasanya mungkin kelengkapan dari diagnosa yang diajukan. Jadi kadang minta PPK, sebenarnya ini sih mungkin ya itu penunjang kadang ada juga beberapa penunjang yang kurang lengkap. Karena mungkin *CHF* tapi belum *ECHO* atau ditanya *EEG*-nya *epilepsy* gitu, itu administrasi.”

Informan 4

Dalam hal ini informan menyatakan yang dapat menjadi faktor penyebab terjadinya *pending* klaim yaitu masih terdapat ringkasan pulang pasien yang belum diisi dengan lengkap, apabila terdapat berkas rekam medis seperti ringkasan pulang pasien yang belum lengkap, akan dilakukan pemeriksaan terkait kelengkapan

pada ringkasan pulang pasien. Berkas rekam medis yang belum lengkap akan dikembalikan kepada DPJP yang bersangkutan. Selain itu terdapat juga kurangnya kelengkapan bukti pemeriksaan penunjang.

Dalam melengkapi persyaratan berkas pengajuan klaim ini juga dapat berhubungan dengan pasien secara langsung, khususnya pada pasien kasus trauma dan pasien yang mendapatkan tindakan insisi untuk penyakit tumor.

“Kelengkapan dari pasien itu kita cuman konfirmasi, misalkan ada kasus trauma jadi jatuh atau apa.. jadi harus kita harus lengkap secara kronologinya seperti apa itu bisa dijamin BPJS apa engga. Sama nanti hasil PA, jadi setelah operasi-operasi insisi yang tumor-tumor itu kan tidak semuanya dilakukan PA rumah sakit, ada yang mandiri, biasanya nanti konfirmasi ke pasien berupa itu., nah dan mandiri itu biasanya hasilnya belum tentu dikumpulkan juga, jadi kita harus konfirmasi..”

Informan 1

“Dari pasien mungkin dia pernah *rontgen* diluar tapi karena kita butuh datanya untuk diproses, pasiennya kita hubungi kembali kita minta fotokan PA misalkan, PA dari luar itu kita minta fotokan biar eh bisa kita itu untuk pendataan.”

Informan 4

Dari hasil wawancara informan menjelaskan petugas harus memastikan agar pasien melengkapi kronologi kejadian. Berdasarkan lembar kronologi juga akan menentukan apakah kasus trauma pasien dapat dijamin oleh BPJS atau tidak. Selain itu konfirmasi terkait patologi anatomi pasien, informan mengatakan bahwa terkadang hasil PA setelah operasi tidak semuanya dilakukan PA di rumah sakit, melainkan ada beberapa pasien yang melakukan PA secara mandiri di rumah sakit terpisah, sehingga petugas akan melakukan komunikasi dan konfirmasi kepada pasien terkait.

Hal ini juga disampaikan oleh informan triangulasi:

“Biasanya pasien itu menyerahkan hasil PA nya pada saat kontrol, itu jadi.. makanya kenapa pada saat kita ajukan klaim, kalo pasiennya belum kontrol kita belum bisa ini melihat hasil PA nya, itu gitu.”
Informan Triangulasi

Informan triangulasi menambahkan pernyataan bahwa untuk hasil PA (Patologi Anatomi) pasien biasanya akan menyerahkan hasil PA-nya pada saat kontrol, namun saat pasien belum kontrol yang bertepatan dengan waktu pengajuan klaim maka petugas belum bisa melihat hasil PA pasien yang bersangkutan.

2) Faktor Sistem

Berdasarkan hasil wawancara adapun faktor penyebab *pending* klaim aspek administrasi dari faktor sistem ini yaitu ketidaklengkapan berkas pemeriksaan penunjang pasien yang terdapat pada sistem informasi rumah sakit. Selain itu pada pasien yang mendapatkan tindakan operasi terkadang *barcode* yang seharusnya terdapat pada lembar operasi pasien tidak ada, sehingga harus dilakukan pengecekan ulang terkait lembar operasi tersebut.

“Jadi adminsitrasi itu kebanyakan kita di pemberkasan ya, jadi salah satunya, misalkan nanti diagnosanya ada *epilepsy*. *Epilepsy* itu harus ada *EEG (Electroencephalogram)* padahal pasiennya ngga di-*EEG* Kemudian nanti kemungkinan dari SIM tidak terbaca apabila ada diagnosa *CC* atau *stroke* kan biasanya dilakukan *CT Scan*, nah disitu belum ada *CT Scan*-nya... kemudian nanti ada kurang lembar apa gitu yaa jadi misalkan ada *top up* untuk rawat inap jadi khusus untuk *hyperplacement* itu ada *barcode*-nya, laporan operasi ada *barcode*, lah itu kurang *barcode*, seperti itu...”

Informan 1

Kendala selanjutnya yaitu terjadinya *error* pada sistem internal dan *error* pada sistem eksternal. Kendala pada sistem internal rumah sakit berupa jaringan internet yang terkadang hilang dan lambat, pada penggunaan sistem informasi rumah sakit adakalanya mengalami sistem *error (downtime)* sehingga petugas perlu menunggu beberapa saat untuk melakukan input data yang dapat memakan waktu setengah jam sampai satu jam. Terdapat

juga kendala pada sistem eksternal yaitu pada program sistem jasa rahanraja dan sistem BPJS sering kali mengalami gangguan yang membuat proses finalisasi pengajuan klaim belum tervalidasi, sehingga petugas harus menunggu hingga sistem kembali pulih.

“Pembacaan sistem dari BPJS terkait dengan administrasi kelengkapan dari penge-klaim-an dari *txt*. Kemudian untuk kasus JR (jasa rahanraja) JR itu programnya sudah nge-*line* sama JR sama BPJS belum, nah kebanyakan khusus untuk yang JR itu gagal *purify*, karena programnya kan melibatkan program rumah sakit, program JR sama program BPJS.

informan 1

Pernyataan lain terkait faktor penyebab *pending* klaim disampaikan oleh informan keempat:

“Untuk verifikasi dari *grouping*-nya itu sendiri jadi kadangkala DPJP itu menuliskan diagnosa utama itu kadang pendukungnya ada yang kurang, atau mungkin DPJP tidak sesuai dalam urutan *grouping*-nya. Jadi kita ada yang mengusulkan kepada DPJP untuk mengganti urutan *grouping* sesuai dengan *resource*. Adalagi mungkin ini teknis ya misalnya jaringannya yang lemot atau lagi *maintenance e-klaim* nya atau dari *EMR* eh *SIMRS* nya kita sendiri yang *error*, biasanya ada yang tertunda setengah jam satu jam.”

Informan 4

Informan menjelaskan kendala pada faktor sistem yaitu terkadang dijumpai ketidakurutan diagnosis utama dengan diagnosis pendukung sehingga petugas akan melakukan konfirmasi ulang kepada DPJP. Terdapat juga kendala sistem yaitu jaringan internet yang terkadang lambat atau sedang dalam masa perbaikan (*maintenance*). Selain itu terkait kendala pada sistem eksternal seperti sistem *e-klaim* nasional yang mengalami *error*.

Permasalahan yang sama juga disampaikan oleh informan triangulasi:

“Untuk masalah administratif yang lain, itu terkait sistem antara jasa rahanraja, jadi kita sistem antara jasa rahanraja dan BPJS dan rumah sakit itu sering terganggu. Terutama antara jasa rahanraja dengan BPJS, sistemnya. Jadi ada data yang kita kirimkan tapi tidak terbaca disistem BPJS, itu gitu. Lebih banyak itu untuk masalah administratif.”

Informan Triangulasi

Pernyataan yang disampaikan informan triangulasi serupa dengan pernyataan yang disampaikan oleh informan satu. Kendala pada faktor sistem yaitu terdapat gangguan pada sistem yang dimiliki oleh jasa raharja dan sistem BPJS yang mengakibatkan berkas administrasi yang dikirimkan oleh rumah sakit tidak masuk pada sistem BPJS.

3) Faktor Sarana Prasarana

Berdasarkan hasil wawancara, informan menyatakan bahwa pada aspek sarana prasarana tidak memiliki kendala atau permasalahan, karena dari segi ruangan dan peralatan yang diperlukan petugas semuanya sudah terpenuhi dan terlengkapi, oleh sebab itu tidak terdapat kendala atau penyebab yang terjadi pada aspek sarana prasarana. Sarana dan prasarana yang dimiliki oleh unit puskesmas yaitu berupa meja, kursi, komputer, alat *print*, alat *scan*, alat *fotocopy*, etalase untuk penyimpanan berkas klaim, pendingin ruangan, *telephone* internal yang menghubungkan kepada unit pelayanan lain dan sarana prasarana pendukung lainnya.

“Sarananya, kalo disini sudah terlengkapi”.

Informan 1

“itu kayanya udah aman.”

Informan 2,3,4

b. Aspek *Coding*

Faktor penyebab *pending* klaim pada aspek *coding* yaitu sebagai berikut:

1) Faktor SDM

Faktor penyebab *pending* klaim pada aspek *coding* terkait SDM yaitu unit puskesmas RSUD Muhammadiyah Bantul masih dalam tahap mencari pengganti satu petugas *coder* yang telah keluar. Dalam wawancara diungkapkan bahwa untuk petugas *coder* rawat jalan unit puskesmas memiliki dua *coder* sedangkan untuk *coding* rawat inap memiliki tiga *coder* yang

seharusnya petugas *coder* rawat inap diisi oleh empat petugas *coder*. Namun informan menyatakan bahwa hal ini bisa terantisipasi, karena petugas di unit puskesmas mengutamakan pekerjaan yang berstatus *CITO* atau *emergency*.

“Kalo secara SDM inikan ada *coder* rawat inap yang keluar satu, jadikan kita masih tahap mencari, yang rawat inap memang secara hitungan empat orang, jadi sementara baru tiga orang dengan saya. sudah ada cadangan satu lagi tapi bisa masuknya tanggal satu Juli nanti. Itu ya.. termasuk kendala cuman masih bisa terantisipasi.. gitu ya.

Informan 1

Hal serupa juga disampaikan oleh informan kedua dan ketiga yang menyampaikan:

“...Ohhiya.. jadi kita biasanya dibagi itu dek.. misal satu bulan tu 30 nanti kalo kita ada empat orang tu nanti dibagi empat. Kalo sekarang cuma tiga... satu *coder* tu 10 tanggal gitu. Kita juga ngga khusus rawat inap juga ada rawat jalan juga”

Informan 2,3

Dalam wawancara tersebut informan menjelaskan, sebelumnya petugas *coder* rawat inap di unit puskesmas terdapat empat *coder* rawat inap, untuk tugasnya akan dilakukan pembagian berkas klaim yang akan di-*coding* kepada masing-masing *coder*. Namun informan kembali menyampaikan bahwa kendala ini tidak menjadi hal yang memberatkan karena dapat terselesaikan dengan baik.

Hasil wawancara bersama informan triangulasi didapatkan informasi yang berbeda, informan menyatakan:

“Kalo *coding*, ada beberapa kesalahan *coding*, tapi persentasenya kecil, terakhir itu yang saya temukan *coding* *USG*, *USG* ginjal tapi di-*coding* *USG* *Obgyn*, itu seperti itu. Dari hasil *pending* yang sebelumnya, revisi yang sebelumnya, salah satunya seperti itu, *coding*-nya mirip dengan tindakan yang lain, itu gitu... tapi kecil persentase-nya.”

Informan Triangulasi

Dalam wawancara tersebut diketahui faktor penyebab pada aspek *coding* yaitu, dijumpai kesalahan *coding*. Misalnya, pada tindakan yang tertulis itu diketahui *USG* ginjal, namun ter-*coding* menjadi *USG* *Obgyn*. Informan juga menambahkan bahwa

persentase kesalahan pada kasus *coding* ini memiliki tingkat persentase yang kecil. Hal ini juga dibuktikan dengan hasil studi dokumentasi dari pengolahan data yang peneliti lakukan dan diketahui persentase kasus *pending* klaim pada aspek *coding* adalah yang terkecil yaitu 31%. Informan juga menyampaikan bahwa untuk spesifikasi berapa jumlah atau persentase dari kesalahan *coding* ini belum dilakukan evaluasi, namun informan juga menegaskan untuk kesalahan *coding* memiliki persentase kecil.

2) Faktor Sistem

Sesuai dengan informasi yang telah peneliti dapatkan dari hasil wawancara, faktor penyebab *pending* klaim aspek *coding* dari sistemnya yaitu sistem informasi rumah sakit yang terkadang mengalami *error* dan yaitu jaringan internet yang lambat.

“Kendala secara sistem pasti ada setiap harinya pasti ada ya.. entah itu nanti *error*.. nah secara nasional biasanya *error* sistem nasional itu juga iya.”

Informan 1

Hal serupa juga disampaikan oleh informan kedua:

“Sistemnya ada. Kadang di-klik *group*er itu lama banget, nunggu masih lama, masih kurang satsetsatset gitu masih ada muter-muternya.”

Informan 2,3

Dalam wawancara tersebut, informan satu dan informan dua menyatakan hal yang sama terkait kendala pada sistem yaitu menyangkut pada sistem yang *error* dan jaringan internet yang lambat. Hal ini dapat berdampak pada proses *coder* untuk melakukan pengajuan klaim proses *grouping* JKN pada sistem. Informan juga menyampaikan apabila terjadi kendala tersebut petugas akan melakukan komunikasi kepada pihak IT rumah sakit untuk menangani kendala yang terjadi, biasanya kendala pada sistem internal rumah sakit akan berlangsung tidak lama. Informan menambahkan terkait dampak yang dirasakan oleh *coder* apabila terjadi kendala ini yaitu pekerjaan akan tidak

terselesaikan tepat waktu dan juga dapat menunda pekerjaan lain yang harus diselesaikan.

3) Faktor Sarana Prasarana

Dikarenakan rekam medis pasien rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul masih dilakukan secara manual sehingga tak sedikit dijumpai penulisan diagnosis yang sulit terbaca oleh petugas, sehingga petugas harus melakukan konfirmasi ulang kepada DPJP terkait.

“Kemudian membaca diagnosa dokter karena itu tidak mudah, kita harus menafsirkan beberapa tulisan dokter kadang kita ngga bisa membaca, tapi untungnya ada dokter verifikator internal jadi bisa konsul. Ya memang harus mau tidak mau tanya sama dokter spesialis wa atau apa ini bacaannya apa.”

Informan 1

Selain itu informan menyatakan bahwa, kendala ini dapat diselesaikan dengan mengkonfirmasi kepada dokter yang bersangkutan terkait diagnosa yang sulit untuk dibaca. Informan juga menyampaikan bahwa sebagai petugas *coder* harus lebih teliti dan banyak membaca terkait peraturan-peraturan serta regulasi terbaru agar menghindari kendala yang mungkin akan terjadi. Karena satu diagnosa pada *INA CBG's* itu akan menentukan tarif, apabila sampai salah akan berpengaruh besar pada tarif yang akan diajukan.

“Karena satu diagnosa itu menentukan tarif, kalo kita sampe salah poinnya saja yang rawat inap nanti gawat itu tarifnya beda.. kemudian nanti biasanya kita memang harus jeli kadang *coder* itu ngga mau melihat berita acara kesepakatan atau undang-undang yang telah ditentukan, jadi *coder* harus banyak baca peraturan-peraturan gitu...”

Informan 1

Hasil wawancara bersama informan ketiga menyampaikan terkait kendala yang lain yaitu:

“Kadang ada kendala kalo tulisan dokter susah itu loo... atau kasus-kasus yang susah dan jarang... keliatannya kendala juga. Kadang harus buka *ICD* lagi, biasanya kan hafalan”

Informan 3

Informan menyampaikan, kendala pada pembacaan tulisan dokter, selain itu apabila terdapat kasus penyakit baru petugas mengalami

sedikit kesulitan dalam proses telaah pada kasus-kasus yang susah dan jarang sehingga petugas harus membuka *ICD* lagi.

c. Aspek Klinis

Kasus *pending* klaim pada aspek klinis apabila dilihat dari hasil studi dokumentasi dan pengolahan data yang dilakukan, aspek klinis berada diposisi kedua dengan persentase 34%. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa aspek klinis ini merupakan aspek yang sangat berpengaruh terhadap pengajuan klaim. Apabila petugas tidak teliti dalam menelaah aspek klinis maka besar kemungkinan berkas klaim akan ditolak oleh BPJS atau akan dilakukan revisi.

“Rumit sekali karena kita juga mainnya sampe ke dokter penanggungjawab, spesialis.”

Informan 1

Dalam wawancara yang dilakukan informan menyampaikan bahwa untuk menelaah kasus pada aspek klinis harus teliti, karena aspek klinis ini akan berurusan dengan terapi yang diberikan kepada pasien, yang mana diagnosis dan terapi inilah yang akan menentukan nilai klaim rumah sakit kepada BPJS. Informan juga menjelaskan, dalam menelaah kasus aspek klinis memang cukup rumit, karena proses penyelesaiannya akan berhubungan langsung dengan DPJP dan Dokter Spesialis yang menangani pasien.

Adapun yang menjadi faktor penyebab *pending* klaim pada aspek klinis yaitu sebagai berikut:

1) Faktor SDM

Berdasarkan informasi yang telah peneliti dapatkan dari hasil wawancara bersama salah satu petugas unit puskesmas bahwa faktor SDM tidak mempengaruhi atau tidak menyebabkan *pending* klaim dari aspek klinis.

“kalo klinis itu lebih ke unit ya DPJP”

Informan 4

2) Faktor Sistem

Pada faktor sistem dijelaskan bahwa faktor penyebab yang terjadi yaitu terkait peraturan BPJS dan aspek klinis yang

dirasakan oleh pasien. Misalnya, dalam peraturan berita acara ditetapkan antara BPJS dan rumah sakit tertera bahwa disalah satu penyakit harus diketahui gejala nyeri sesuai dengan berita acara yang ditetapkan. Namun pada kenyataannya, ada beberapa pasien yang tidak merasakan gejala yang tertera pada jenis penyakit di berita acara tersebut yang dalam kata lain gejala yang dirasakan oleh pasien tidak mendukung klinis dari berita acara yang telah ditetapkan. Sehingga petugas harus melakukan konfirmasi kepada dokter terkait untuk kejelasan kriteria klinis yang dihendaki.

“Jadi klinis itu ada beberapa, kaya misalkan disitu sudah dinyatakan ISK. ISK itu secara peraturan berita acara kesepakatan antara BPJS dan rumah sakit tu harua ada nyeri perut misalkan, kemudian urin.. urin *leukosit*-nya misalkan harus di antara 10-20 urinnya sudah ada tu hasilnya sudah lebih dari itu berarti bisa masuk. Cuman pasien itu klinisnya tidak ada nyeri perutnya, tidak ada demam, nyeri perut, jadi masuk itu cuman mual muntah, seperti itu. Jadikan klinisnya tidak mendukung ke arah itu. Kemudian kasus *bronchopneumonia* secara berita acara pasien memang harus batuk, harus panas. Nah ada beberapa yang *rontgen*-nya memang mengarah ke *broncho* tapi pasiennya tidak panas, itu tadi bisa jadi acuan untuk dilakukan revisi”

Informan 1

Dalam wawancara ini juga informan memberikan penjelasan terkait penyelesain masalah pada aspek klinis ini yaitu dengan cara berkomunikasi kepada dokter terkait untuk mengetahui apakah dokter tersebut memiliki kriteria klinis tertentu atau menyesuaikan dengan berita acara. Apabila dokter tersebut memiliki kriteria klinis tertentu maka kriteria klinis tersebut akan tetap dipertahakan, sedangkan apabila dokter yang bersangkutan memberikan intruksi agar diagnosa tersebut untuk diganti maka akan menyesuaikan dengan perintah dokter tersebut.

“Itu biasanya nanti kita konsultasi ke dokter yang bersangkutan, kalo memang dokter yang bersangkutan nanti mempunyai kriteria klinis lain, nah itu nanti kita pertahankan. Sesuai dengan kesepakatan dokter, kita harus konfirmasi, tidak boleh tanpa konfirmasi.”

Informan 1

Pernyataan yang sama juga disampaikan oleh informan kedua dan ketiga yang menerangkan:

“Kalo misalnya ISK harus leukosit-nya berapa gitu, kalo itu nanti beda lagi kita ISK leukosit-nya harus lebih dari 10... nah dari situ nanti kita konfirmasi ke dokter pusjamkes, ini mau di diagnosa apa karena pendukungnya tidak masuk ke kriteria ISK misalnya kaya gitu”

Informan 2,3

Informan juga memberikan contoh kasus misalnya, pada satu pasien terdapat 10 diagnosis, namun hanya tiga yang diberikan terapi, maka hanya tiga diagnosis tersebut yang dapat dilakukan klaim, dari ketiga diagnosis tersebut juga akan dilihat lagi penunjangnya atau dilakukan *resource* terbanyak. Informan juga menyatakan, terkadang berita acara kesepakatan BPJS dengan rumah sakit terkait aspek klinis sedikit berbeda di lapangan.

Selain itu, peneliti melakukan wawancara bersama informan keempat yang menyatakan:

“Kadang kita ada *miss* persepsi antara DPJP dengan BPJS. Jadi kalo DPJP itu kan sudah menerapi dia dulu sekolah gitu ya, teorinya seperti ini terus diterapinnya seperti ini. Tapi kadang ada juga kebijakan atau tata aturan BPJS yang agak *miss* atau sedikit berbeda dengan DPJP.”

Informan 4

Dalam wawancara tersebut informan menyampaikan, faktor penyebab terjadinya *pending* klaim pada aspek klinis terkait sistem yaitu berhubungan dengan adanya perbedaan persepsi antara DPJP dengan pihak BPJS. Informan mengatakan bahwa teori yang didapat oleh DPJP sedikit berbeda dengan yang diterapkan BPJS. Terkadang kebijakan dan aturan yang dimiliki BPJS sedikit berbeda dengan penerapan yang dilakukan oleh DPJP. Dalam wawancaranya informan menggambarkan contoh kasus yang terjadi yaitu misalnya, pasien yang mendapatkan tindakan *URS (Ureteroscopy)*, namun pada berita acara kesepakatan BPJS tindakan tersebut harus dibuka (*open*).

Informan juga menyampaikan harapan dan solusi yang mungkin dapat dilakukan yaitu dilakukan pertemuan antara kolegium urologi dengan pihak BPJS untuk mengetahui kesepakatan tindakan, informan juga melanjutkan karena hal ini akan berpengaruh pada tarif klaim yang akan diajukan.

Pernyataan di atas juga dapat berhubungan dengan pembuatan dan pemanfaatan *clinical pathway* (CP) atau jalur klinis. Informan menyampaikan ketersediaan *clinical pathway* ini baru ada pada beberapa diagnosis saja.

“Ya *clinical pathway* di PKU Bantul itu baru ada beberapa diagnosa saja ya, karena kemarin juga aktifnya pas mau akreditasi, cuman mau ngga mau timnya harus memang bergerak terus, karena kami itu revisi nanti khusus untuk yang verifikasi pasca klaim jadi nanti harus membutuhkan beberapa tim *clinical pathway*, tim keselamatan pasien juga nanti untuk melengkapi...”

Informan 1

Dalam wawancara tersebut informan menjelaskan untuk proses verifikasi pasca klaim terdapat beberapa kasus yang membutuhkan tim *clinical pathway* dan tim keselamatan pasien untuk melengkapi informasi yang terjadi pada pasien, misal terdapat kejadian pasien yang sudah rawat inap dilakukan operasi lagi, terdapat kasus sentinel/KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang tidak disengaja oleh rumah sakit atau terdapat kasus kecelakaan dan kesalahan pemberian prosedur, semua hal tersebut tentu akan berhubungan di *clinical pathway*. Informan juga menambahkan, bagi beberapa pasien apabila mengikuti jalur klinis yang sudah ditetapkan terkadang pengobatan belum dapat dirasakan oleh pasien, karena bisa saja pasien tersebut memiliki alergi obat, dosis obat dan terapi yang ditetapkan dalam *clinical pathway* kurang bagi salah satu pasien dan masalah klinis lain yang dapat dirasakan pasien.

Pada wawancara selanjutnya informan triangulasi yang menyatakan faktor penyebab pending klaim aspek klinis ini yaitu

terkait perbedaan kesepakatan antara verifikator internal dan pihak BPJS juga mempengaruhi:

“Sebelumnya mungkin berbeda ya verifikatornya sudah *acc* untuk saat ini belum setuju. Jadi mereka masih konfirmasi ulang. Itu gitu.

Informan Triangulasi

Dalam hal ini informan triangulasi juga menyampaikan langkah penyelesaian pending klaim aspek klinis yang akan dilakukan oleh unit pusjamkes:

“Untuk saat ini, *pending* klaim ada kasus yang memang kami sudah sepakat ya, jadi bila itu memang perlu disetujui, disepakati tetap kami butuh persetujuan dari direksi, terkait kasus tersebut.”

“Ooh.. rapat. Jadi pusjamkes ini kan langsung dibawah Dirut. Kami melaporkan kasus *pending*-nya penyelesaiannya seperti apa.”

“Jadi kami biasanya nanti dipertemukan dengan DPJP. Jadi Dirut, kemudian DPJP yang berhubungan dengan kasus tersebut.”

Informan Triangulasi

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan triangulasi terkait langkah yang akan diambil untuk penyelesaian masalah ini yaitu kasus *pending* klaim yang telah disepakati akan dilakukan komunikasi melalui persetujuan oleh Direksi rumah sakit dan juga seluruh pengajuan klaim akan selalu dilaporkan terlebih dahulu kepada Direksi. Informan juga mengungkapkan bahwa untuk proses penyelesaian *pending* klaim ini akan dilakukan melalui rapat. Rapat tersebut akan dihadiri oleh Direktur Utama, DPJP dan petugas yang bersangkutan. Dalam rapat tersebut akan dicapai keputusan akhir dan kesepakatan terkait penyelesaian *pending* klaim serta solusi harapan dimasa yang akan datang terkait penyelesaian masalah, dari kasus pending klaim tersebut akan mendapatkan solusi apakah memerlukan pemeriksaan tambahan untuk memperkuat diagnosis atau dihilangkan *coding*-nya dan mengikuti berita acara kesepakatan BPJS. Semua hal tersebut akan disepakati bersama. Informan melanjutkan, tetapi apabila direksi tidak menyetujui unit pusjamkes akan tetap

menunggu keputusan dari BPJS terkait kasus *pending* klaim tersebut, apakah akan menjadi kasus *dispute* atau tidak.

3) Faktor Sarana Prasarana

Dalam wawancara yang peneliti lakukan bersama informan, didapatkan informasi terkait faktor penyebab *pending* klaim aspek klinis berdasarkan sarana prasarana. Informan kembali mengungkapkan bahwa faktor sarana prasana tidak menjadi kendala dalam proses pengajuan klaim pasien rawat inap. Berdasarkan hasil kegiatan observasi yang telah peneliti lakukan, sarana dan prasarana yang ada di unit pusjamkes sudah mendukung kegiatan pengajuan klaim. Sarana prasarana yang terdapat di unit pusjamkes yaitu antara lain: meja, kursi, komputer, alat *print*, alat *scan*, alat *fotocopy*, lemari penyimpanan berkas klaim, pendingin ruangan, *trolley* untuk mengambil berkas dan sarana pendukung lainnya.

Dengan demikian, berikut ini adalah rincian faktor penyebab *pending* klaim aspek administrasi, aspek *coding* dan aspek klinis berdasarkan faktor SDM, Sistem dan Sarana Prasarana:

Tabel 4.3 Rincian Faktor Penyebab *Pending* Klaim

	Faktor		
	SDM	Sistem	Sarana Prasarana
Aspek			
Administrasi	Terdapat beberapa DPJP yang masih terlewat mengisi resume medis pasien dengan lengkap.	Sistem yang <i>error</i> (<i>downtime</i>)	Sudah terlengkapi
	Konfirmasi pengisian kronologi kejadian pasien trauma	Jaringan internet yang lama	
	Kelengkapan <i>PA</i> (<i>Patologi Anatomi</i>)	Ketidaklengkapan berkas pemeriksaan penunjang	
Klinis	Tidak menimbulkan permasalahan	Kesepakatan antara verifikator internal dan BPJS	Pembuatan CP yang belum maksimal
		Sistem yang <i>error</i>	
<i>Coding</i>	Kesalahan <i>coding</i>	Sistem yang <i>error</i> atau lama prosesnya	Ketidakterbacaan diagnosis

Sumber: Unit Pusjamkes RSUD Muhammadiyah Bantul

8. Dampak Terjadinya *Pending* Klaim di RSUD Muhammadiyah Bantul

Adanya *pending* klaim ini tentu akan berdampak bagi rumah sakit. Peneliti melakukan wawancara untuk mengetahui apakah terdapat dampak yang dirasakan rumah sakit dengan terjadinya *pending* klaim ini. Setelah dilakukan wawancara bersama salah satu petugas di unit puskesmas, peneliti mendapatkan informasi yaitu, adapun dampak yang dapat dirasakan adalah akan berdampak pada finansial rumah sakit, selain itu petugas harus melakukan kegiatan revisi untuk pengajuan klaim ulang, melakukan sosialisasi bersama dokter di poliklinik pelayanan dan DPJP terkait syarat-syarat klaim agar bisa terpenuhi. Dampak bagi petugas juga dirasakan oleh petugas yaitu, pekerjaan yang menumpuk dan pelaporan menjadi tertunda dikarenakan kendala yang terjadi seperti sistem yang error dan lain sebagainya, lalu harus melakukan konfirmasi ulang dengan unit terkait apabila terjadi kendala.

“Biasanya revisi kita harus mengembalikan, jelaskan secara nominal itu dampaknya jelas harus mengembalikan nomor satu. Kemudian mungkin kita dampaknya harus lebih sering sosialisasi ke unit-unit terkait.”

Informan 1

Informan kedua menyampaikan dampak yang dirasakan dari terjadinya *pending* klaim ini yaitu, karena adanya SEP yang belum *ter-import* mengakibatkan petugas harus menghubungi unit pelayanan terkait untuk mengkonfirmasi SEP yang belum masuk dalam sistem.

“Biasanya itulah dek, kan harusnya udah *ter-import* misalnya SEP-nya, itu belum *ter-import*, jadi udah masih nanti telfon dulu minta tolong *di-importkan* dulu kaya gitu.”

Informan 2

Informan ketiga menjelaskan dampak yang dirasakan adanya *pending* klaim ini yaitu pekerjaan menjadi tertunda, yang dimana suatu pekerjaan dapat terselesaikan dalam satu hari menjadi tertunda dan harus kembali dikerjakan dikeesokan harinya membuat pekerjaan yang lain akhirnya menumpuk.

“Proker nya jadi tertunda, harusnya hari itu jadi besok-besok”

Informan 3

Peneliti juga melakukan wawancara kepada informan keempat yang menyampaikan bahwa dampak yang akan timbul akan menghambat *cashflow* rumah sakit. Misalnya, dalam 10 kasus, satu kasusnya memiliki nilai sekitar 10 juta sehingga apabila 10 kasus tersebut ter-*pending* maka total 100 juta akan ter-*pending* dan batas waktu yang akan dibayar oleh BPJS akan memakan waktu cukup lama. Informan juga mengatakan pihak rumah sakit berusaha semaksimal mungkin untuk meminimalisir terjadinya *pending* klaim supaya, uang yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit dapat dikembalikan pihak BPJS.

“Dampaknya ya tentu akan menghambat *cashflow* rumah sakit. Jadi ya makanya kita kalo bisa meminimalisir *pendingan* supaya uang yang sudah dikeluarkan rumah sakit ini bisa terus dikembali dari BPJS, kan kalo *pendingan* banyak otomatis uangnya kan terhambat.”

Informan 4

Hal tersebut juga dipertegas dengan ungkapan yang disampaikan oleh informan triangulasi yang menyatakan bahwa dampak dari *pending* klaim ini tentu akan mengganggu *cashflow* rumah sakit. Selain itu dari segi ketenagaan juga akan terganggu keefisienannya, karena petugas harus bekerja dua kali untuk dilakukan analisa berkas kembali. Dampak lain yaitu pada kasus *pending* klaim yang belum mencapai kesepakatan akan tertahan atau tidak bisa diajukan klaim, kasus *pending* klaim tersebut memungkinkan memakan waktu yang cukup lama.

“Ya jelas resiko untuk mengganggu *cashflow*-nya rumah sakit ya. Kemudian, ketenagaan secara tenaga juga kita jadi ngga efisien, karena kita harus kerja dua kali, analisa kembali, kita buka lagi berkasnya. Belum kalo misal antara verifikator internal rumah sakit dan BPJS tetap belum ada kesepakatan untuk kasus tersebut akhirnya tertahan, mungkin sampe tiga bulan, itu gitu seperti itu ya. Tapi walaupun tidak sepakat jadinya ya, mau tidak mau jadi dua tahun kalau kami tetep tidak bersepakat, itu gitu.”

Informan Triangulasi

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan wawancara bersama informan untuk mengetahui terkait penyelesaian dari kendala yang terjadi. Berdasarkan hasil wawancara, didapatkan informasi untuk penyelesaian kendala *pending* klaim di unit puskesmas yaitu dengan langsung menindaklanjuti dari mana asal masalah atau kendala tersebut berasal, apakah berasal dari internal ataukah eksternal. Petugas unit puskesmas

RSU PKU Muhammadiyah Bantul mengutamakan komunikasi apabila terjadi kendala saat melakukan tugasnya. Setiap unit pelayanan memiliki alat komunikasi berupa *telephone* internal rumah sakit, *telephone* tersebut akan menjadi penghubung antar petugas dalam melakukan konfirmasi terkait kendala yang terjadi, informan juga menyampaikan komunikasi antar unit pelayanan sangat baik, apabila kendala yang terjadi tidak segera diselesaikan atau dikonfirmasi dengan unit terkait dikhawatirkan pekerjaan akan menumpuk.

“Penyelesaiannya pertama, nanti *error*-nya kita liat dimana dulu, kalo memang sangkut pautnya dengan SIM kita langsung ke SIM. Kalo *error*-nya memang disitu tidak ada *input*-an jadi kita kalo mau *grouping* kan disitu namanya harus keluar dulu nih, nah yang memasukkan disitu kan dari pendaftaran, nah kita nanti langsung telusur ke unit terkait, kita komunikasinya baik, sudah ada telfon jadi ya segera, kalo ndak nanti numpuk.”

Informan 1

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan wawancara untuk menanyakan apakah unit pusjamkes RSU PKU Muhammadiyah Bantul memiliki sistem pemberian *reward* dan *punishment* kepada petugas sesuai dengan kinerja yang diberikan. Peneliti melakukan wawancara bersama informan triangulasi untuk mengetahui informasi tersebut dan diketahui informasi bahwa belum terdapat sistem pemberian *reward* (penghargaan) dan *punishment* (hukuman) untuk petugas, namun informan melanjutkan apabila terdapat petugas yang kesulitan dalam melakukan pekerjaannya itu akan selalu dibimbing.

“Untuk saat ini belum. Tapi ya memang kalo temen-temen *coder* itukan yang membawahi Bu F... sebagai staf khususnya. Jadi nanti beliau yang menilai kinerjanya. Kalo *coder* itu butuh bimbingan yang lebih terkait kasus bedah, ya mungkin verifikasi untuk kasus bedahnya dicarikan, yang sesuaikan untuk *coder* itu sambil belajar, bukan dilepas...”

Informan Triangulasi

Pada penelitian ini juga, melalui wawancara peneliti menanyakan terkait apakah masih ada klaim tahun 2022 yang belum terbayar. Didapatkan informasi yang menyatakan bahwa untuk tahun 2022 semua kasus klaim dianggap sudah sepakat dan tidak ada *dispute*, karena kasus klaim yang telah lewat dari enam bulan akan kadaluarsa atau tidak dapat dilakukan pengajuan klaim. Selain itu, informan menyampaikan untuk

informasi berapa jumlah atau nilai klaim informan mengatakan unit pusjamkes tidak memiliki banyak informasi, karena jumlah klaim akan segera masuk ke rekening rumah sakit dan Berita Acara dari BPJS akan langsung diberikan ke unit keuangan di RSUD Muhammadiyah Bantul. Informan juga mengungkapkan bahwa dalam Berita Acara tersebut terlampir berkas-berkas apa saja yang *ter-pending* dan memerlukan konfirmasi ulang, maka dari hal tersebut pihak keuangan rumah sakit akan langsung berkomunikasi dengan unit pusjamkes. Informan juga menambahkan informasi terkait apabila terdapat berkas yang mengalami pending klaim pihak BPJS Kesehatan akan berkomunikasi langsung di unit pusjamkes terkait kasus apa saja yang mengalami *pending* klaim.

“Terkait terbayar atau tidak, kami di pusjamkes memang informasinya sedikit ya, Nah itu nanti masuk ke rekening rumah sakit, dari keuangan itu keluar juga berita acara, penerimaan dananya itu harus dipilah lagi oleh Bu F mana yang belum selesai. Kalau 2022 *InshaAllah* sudah terbayar.”

“Seringnya sih komunikasinya langsung, jadi kami nggak sampe ketemu, harus narik data di keuangan, jadi bisa langsung mengerjakan, gitu. Cuma masalahnya jadi nggak tau berapa yang sudah dibayarkan, karena dari keuangan kan juga tidak memilah kasusnya, hanya dalam bentuk besaran aja.”

Informan Triangulasi

B. Pembahasan

Penelitian ini dilakukan di RSUD Muhammadiyah Bantul Yogyakarta, tepatnya di unit Pusjamkes (Pusat Jaminan Kesehatan). Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mendeskripsikan permasalahan terjadinya *pending* klaim pasien rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul. Penelitian dilakukan pada bulan Maret-Juni tahun 2023. Penelitian ini mengambil sampel data revisi *pending* klaim pada triwulan pertama yaitu bulan Januari-Maret tahun 2022 yaitu sebanyak 420 kasus yang dikelompokkan berdasarkan tiga aspek penatalaksanaan solusi penyelesaian *pending* klaim BPJS yaitu aspek administrasi, aspek *coding* dan aspek klinis. Berikut ini adalah pembahasan dari hasil penelitian:

1. Distribusi Frekuensi *Pending* Klaim Bulan Januari-Maret Tahun 2022 di RSU PKU Muhammadiyah

Berdasarkan hasil penelitian distribusi frekuensi *pending* klaim pasien rawat inap pada bulan Januari-Maret tahun 2022 yang dilakukan perhitungan dari ketiga aspek yaitu aspek administrasi, aspek *coding* dan aspek klinis diketahui bahwa aspek administrasi menjadi aspek tertinggi, yaitu mencapai angka 35%, diikuti dengan aspek klinis 34% dan aspek *coding* yaitu 31%. Peneliti melakukan perhitungan berdasarkan kasus *pending* klaim dengan kasus aspek tunggal (*single aspect*) dan kasus aspek ganda (*multiple aspect*). Apabila distribusi frekuensi dilihat dari perhitungan kasus aspek tunggal (*single aspect*), aspek administrasi memiliki angka persentase tertinggi 35%, sedangkan jika dilihat dari perhitungan kasus aspek ganda (*multiple aspect*) kasus aspek *coding*, aspek klinis memiliki angka persentase tertinggi yaitu mencapai angka 40% yang diikuti dengan aspek administrasi, klinis 30% dan aspek klinis, *coding* 30%.

Penelitian serupa juga telah dilakukan oleh (Widodo & Happy 2023) di Rumah Sakit X yang merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah di wilayah Malang. Dalam penelitian tersebut melakukan perhitungan distribusi frekuensi penyebab *pending* klaim pasien rawat inap dengan angka persentase tertinggi yaitu dari aspek *coding* 39%, diurutan kedua terdapat aspek administrasi 37% dan posisi terendah yaitu aspek klinis 24%. Hal yang sama juga dilakukan oleh peneliti (Cahyono *et al.*, 2021) yang melakukan penelitian di Rumah Sakit Daerah Lumajang yang menunjukkan bahwa ketidaksesuaian koding pada *e-klaim* yaitu mencapai angka 60% diikuti dengan kasus klinis 48% serta administrasi kelengkapan data klaim hanya 2%.

Perhitungan distribusi frekuensi dilakukan dengan cara peneliti mengelompokkan kasus *pending* klaim sesuai dengan ketiga aspek yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan dalam Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim *INA CBG*, yaitu aspek administrasi, aspek *coding* dan aspek klinis. Setelah dilakukan

pengelompokkan kasus, peneliti menggunakan aplikasi *Microsoft excel* untuk dilakukan pengolahan data, data *pending* klaim yang diambil merupakan data *pending* klaim pasien rawat inap pada bulan Januari-Maret tahun 2022 yang memiliki jumlah kasus *pending* klaim sebanyak 420 kasus dengan total pasien 2140 pasien rawat inap JKN.

Penelitian ini mengkategorikan penyelesaian *pending* klaim berdasarkan ketiga aspek yang telah ditetapkan pada Berita Acara Kesepakatan BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit. Hal ini telah dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA CBG Tahun 2019. Didalam Berita Acara tersebut dijelaskan hasil kesepakatan penyelesaian ini berisi 290 kasus yang digolongkan dalam aspek *coding* sebanyak 210 kasus, aspek klinis sebanyak 69 kasus dan aspek administrasi sebanyak 11 kasus. Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim *INA CBG* ini merupakan acuan untuk penyelesaian kasus-kasus yang dinyatakan sebagai kasus klaim *dispute* dan *pending*, serta proses verifikasi klaim *INA CBG*.

2. Alur Pengajuan Klaim BPJS di RSUD Muhammadiyah Bantul

Unit puskesmas dalam mengajukan klaim sesuai dengan kebijakan yang telah BPJS Kesehatan tetapkan. Peneliti mendapatkan informasi bahwa unit puskesmas RSUD Muhammadiyah Bantul dalam usaha untuk mengurangi *pending* klaim agar penyelesaiannya lebih cepat, unit puskesmas biasanya akan mengirimkan berkas klaim kepada pihak BPJS pada tanggal lima setiap bulannya. Sesuai dengan kebijakan yang telah disampaikan BPJS Kesehatan melalui Panduan Praktik Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan yang dapat diakses melalui *website* resmi milik BPJS Kesehatan. Pada panduan tersebut dikatakan fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulannya secara regular, klaim diberikan kepada pihak BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 10 bulan berikutnya. Dalam Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 dijelaskan bahwa pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 bulan sejak pelayanan kesehatan

selesai diberikan dan terdapat pengecualian pada beberapa hal. Dalam hal jangka waktu pengajuan klaim terlampaui, klaim tidak dapat diajukan kembali.

Klaim rumah sakit merupakan suatu tagihan biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan. Unit puskesmas dalam sehari akan menerima sekitar 30 berkas klaim untuk dilakukan pengajuan klaim. Dalam melakukan pembayaran kepada rumah sakit, pihak BPJS harus melakukan verifikasi terlebih dahulu. Hasil dari verifikasi klaim akan menghasilkan tiga jenis klaim, yaitu klaim layak, *pending* klaim dan klaim tidak layak. *Pending* klaim merupakan klaim yang membutuhkan konfirmasi yang berdasarkan aspek administrasi, aspek *coding* dan aspek klinis (Widodo & Happy, 2023).

Dalam kegiatan pengajuan klaim unit puskesmas RSUD Muhammadiyah Bantul telah memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk pengajuan klaim pasien rawat inap dengan nomor dokumen SPO.006/PUSJ/09/22 dan proses pengajuan klaim akan dilaksanakan sesuai dengan SPO yang telah tersedia. SPO merupakan suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas dan pekerjaan sesuai fungsi dari pekerjaan tersebut. SPO dapat didefinisikan sebagai dokumen yang menjabarkan aktivitas operasional yang dilakukan sehari-hari yang memiliki tujuan supaya pekerjaan yang dilakukan dapat berjalan dengan benar, tepat, dan konsisten, untuk menghasilkan produk sesuai standar yang telah ditetapkan sebelumnya (Gabriele, 2018). Pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap di unit puskesmas RSUD Muhammadiyah Bantul juga sesuai dengan alur pengajuan klaim yang sudah ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Adapun alur pengajuan klaim yaitu sebagai berikut:

- a. Pelayanan pasien rawat inap dan rawat jalan
- b. Penyiapan berkas pendukung oleh administrasi
- c. *Coding* penyakit dan tindakan oleh *coder*

- d. Entri data oleh petugas rekam medis (*casemix*)
- e. *Grouping INA CBG's* oleh petugas rekam medis (*casemix*)
- f. Berkas klaim dan hasil *grouping* diberikan kepada petugas administrasi klaim
- g. Verifikasi administrasi oleh verifikator internal
- h. Pengajuan klaim.

3. Faktor Penyebab *Pending Klaim* di RSUD Muhammadiyah Bantul Yogyakarta Bulan Januari-Maret Tahun 2022

Dalam penelitian ini, peneliti mengkategorikan penyebab *pending klaim* dari aspek administrasi, aspek *coding* dan aspek administrasi berdasarkan faktor SDM, Sistem dan Sarana Prasarana.

a. Aspek Administrasi

Dari distribusi frekuensi yang telah peneliti dapatkan menghasilkan persentase tertinggi yaitu aspek administrasi 35%. Berikut adalah penjelasan dari faktor penyebab aspek administrasi:

1) Faktor SDM

Pada hasil penelitian, diketahui faktor SDM penyebab *pending klaim* aspek administrasi yaitu masih terdapat DPJP yang terlewat mengisi ringkasan pulang pasien dengan lengkap, laporan operasi dan lembar keperluan pasien lainnya, sehingga berkas yang belum terisi lengkap harus dikembalikan kepada DPJP, terdapat juga ketidaklengkapan berkas PA (Patologi Anatomi) milik pasien.

Kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien sangatlah penting, ketidaklengkapan ringkasan pulang dapat menjadi penghambat dalam pengelolaan rekam medis yang dapat juga berpengaruh dalam proses pengajuan klaim. Adanya ketidaklengkapan ringkasan pulang pasien dapat berdampak pada terhambatnya pengelolaan tertib administrasi, terhambatnya klaim BPJS, kurangnya mutu pelayanan dari segi akreditasi rumah sakit dan dapat berdampak pada pengolahan data yang menjadi dasar dalam pembuatan laporan (Saputra & Setiawan, 2022).

2) Faktor Sistem

Penyebab faktor sistem dari aspek administrasi yaitu ketidaklengkapan berkas pemeriksaan penunjang yang terdapat pada sistem informasi rumah sakit atau *EMR (Electronic Medical Record)*. Dikarenakan unit pelayanan belum sepenuhnya diterapkan RME, sehingga terdapat beberapa lembar pemeriksaan penunjang yang harus dicetak atau di-*print* terlebih dahulu lalu akan di-*scan* untuk dimasukkan ke sistem informasi rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu, penelitian tersebut mengungkapkan faktor penyebab *pending* klaim dari aspek administrasi yaitu tidak telampirnya bukti administrasi kepesertaan berupa surat keterangan lahir sebagai syarat SEP (Surat Eligibilitas Peserta), terdapat juga permasalahan terkait tidak telampirnya hasil penunjang, seperti bukti radiologi, hasil laboratorium serta laporan operasi, juga tidak terdapat komponen keterangan obat pada administrasi keuangan seperti kwitansi (Widodo & Happy, 2023).

Seperti yang telah tertera pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Pasal 3 Ayat 1 menyatakan “Seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik.” Rekam medis elektronik adalah suatu sistem informasi yang mempunyai kerangka lebih luas, untuk memenuhi satu set fungsi rekam medis elektronik harus memenuhi kriteria yaitu mengintegrasikan data dari berbagai sumber, mengumpulkan data pada titik pelayanan dan mendukung pemberi pelayanan dalam pengambilan keputusan (Ningsih *et al.*, 2022). Mempercepat penerapan RME tentu memiliki manfaat yang sangat banyak, dalam sebuah *systematic literature review* tentang Manfaat Penerapan Rekam Medis Elektronik di Negara Berkembang, yang menyatakan salah satu manfaat penerapan rekam medis elektronik adalah kemudahan akses informasi klinis. Penerapan RME dapat meningkatkan aksesibilitas informasi riwayat pasien, sehingga dokter

akan dapat lebih memahami riwayat kesehatan pasien, membuat diagnosis lebih dini dan tentu akan mengurangi kesalahan pemberian pengobatan (Tiorentap, 2020).

Selain itu, terdapat permasalahan pada sistem internal rumah sakit dan sistem eksternal. Kendala pada sistem internal yaitu terkadang terjadinya *error* dan mengalami *downtime* pada sistem informasi milik rumah sakit. *Downtime* atau yang dinamakan dengan waktu henti suatu sistem dapat terjadi karena beberapa alasan yaitu: adanya perbaikan sistem yang disengaja dan terdapat *downtime* yang dikarenakan sistem tersebut tidak berfungsi. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menjelaskan terdapat penyebab permasalahan yang terjadi yaitu kinerja komputer tidak maksimal, yang mana komputer seringkali mengalami proses *loading* yang cukup lama, aplikasi *INA CBGs* dan *SIMRS* sering mengalami server *error* serta jaringan komputer yang mengalami gangguan. Hal tersebut berlangsung paling cepat satu menit hingga 39 menit bahkan setiap harinya terjadi dua kali sampai sebelas kali gangguan. Dalam penelitian tersebut juga diberikan beberapa rekomendasi atau sarana yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit sebagai bahan evaluasi dan masukan: perlunya evaluasi untuk mengatasi server *error* dengan diadakannya perbaikan server (Putri & Purwaningsih, 2023).

Permasalahan pada sistem eksternal rumah sakit yang paling sering terjadi yaitu sistem *error* antara program sistem jasa rahaarja dengan program sistem dari BPJS sehingga data administrasi sering kali tidak tervalidasi pada sistem BPJS. Hal ini berhubungan dengan proses pertukaran data atau interoperabilitas data antara program sistem jasa rahaarja dan sistem BPJS Kesehatan. Interoperabilitas merupakan kemampuan dari dua atau lebih sistem atau komponen untuk melakukan pertukaran informasi dan menggunakan informasi yang telah dipertukarkan dengan mengikuti standar umum yang telah disepakati bersama (Marier, 2018; Nielsen, 2013). Adapun dampak

dari terjadinya permasalahan ini yaitu, proses pengajuan klaim yang dilakukan rumah sakit akan terhambat, petugas mengatakan langkah penyelesaian yang dilakukan hanya bisa menunggu program sistem jasa rahrja dan sistem BPJS Kesehatan kembali normal.

3) Faktor Sarana Prasarana

Dalam proses pengajuan klaim, faktor sarana prasarana tidak menjadi kendala bagi petugas. Adapun sarana prasaran pendukung pekerjaan di unit pusjamkes yaitu: masing-masing petugas mendapatkan meja dan kursi, komputer, alat *print*, mesin fotokopi, terdapat juga alat *scan*, lemari untuk menyimpan berkas klaim, untuk menjaga suhu ruangan yang baik dan meningkatkan kenyamanan petugas juga terdapat pendingin ruangan, terdapat juga alat komunikasi berupa *telephone* yang biasa digunakann petugas untuk berkomunikasi dengan unit pelayanan lain.

Selain fungsi dan peranan sumber daya manusia, untuk mendapatkan kelancaran dalam suatu pekerjaan juga sangat bergantung pada sarana prasarana dan sistem pengelolaan yang efektif. Tanpa adanya sarana dan prasarana, tidak mungkin tujuan suatu lembaga dapat tercapai. Oleh sebab itu, dalam suatu lembaga membutuhkan sarana dan prasarana kantor yang dapat memfasilitasi karyawan dalam melaksanakan tugas dan pekerjaannya dengan baik dan lancar (Wibowo *et al.*, 2022).

b. Aspek *Coding*

Aspek yang memiliki distribusi frekuensi paling rendah yaitu aspek *coding*. Adapun faktor penyebab terjadinya *pending* klaim aspek *coding* adalah sebagai berikut:

1) Faktor SDM

Faktor penyebab SDM aspek *coding* yaitu terkadang terdapat kesalahan *coding grouping* penyakit dan tindakan sehingga petugas perlu melakukan pengecekan ulang untuk diagnosis dan tindakan. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menjelaskan jumlah

pending klaim berdasarkan aspek *coding* mencapai angka 22,7% yang menjadikan angka *pending* klaim tertinggi pada aspek *coding*. Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa penyebab terjadinya *pending* klaim dikarenakan terdapat ketidaktepatan pemberian kode diagnosis dan kode tindakan. Masalah ketidaktepatan kode diagnosis juga tidak sepenuhnya terjadi karena dokter, namun dapat juga terjadi karena kurangnya data pendukung dari hasil penunjang (Pratama *et al.*, (2023).

Dalam pengelolaan rekam medis, salah satu kegiatannya yaitu pengodean. Hal tersebut tertera pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022 tentang rekam medis pasal 18 ayat 2. Pengodean kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru/*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelaksanaan koding diagnosis mengacu pada standar *ICD-10*. Petugas rekam medis mempunyai peran penting dalam menentukan tepat tidaknya hasil *coding*. *Coder* dalam memberikan kode penyakit menggunakan *ICD-10* harus tepat dan lengkap. Salah satu indikator untuk memenuhi hal tersebut perlu adanya pemahaman *coder*. Pemahaman *coder* terkait tata cara *coding* serta ketentuan-ketentuan yang ada pada *ICD-10* dapat mempengaruhi keakuratan atau ketepatan kode pentingnya kemampuan dan peranan *coder* dalam penetapan kode menjadi hal yang perlu dikembangkan dan dianalisis lebih lanjut (Yastori *et al.*, 2023).

2) Faktor Sistem

Permasalahan yang berhubungan dengan faktor sistem yaitu terkait jaringan internet yang lambat dan terkadang sistem informasi rumah sakit mengalami *error*. Jaringan internet yang lambat berdampak pada proses *input* data yang dilakukan oleh petugas. Meskipun permasalahan ini tidak berlangsung lama dan dapat segera

diselesaikan, namun hal ini juga dapat mengganggu efektifitas petugas dalam melakukan pekerjaan apabila tidak dilakukan perbaikan. Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi dalam era digital saat ini cukup pesat. Kebutuhan terhadap koneksi internet dalam hal ini jaringan *wifi (wireless fidelity)* atau *hostpot* sangat diminati oleh pengguna layanan internet, dikarenakan teknologi wifi relatif mudah untuk diimplementasikan pada lingkungan kerja maupun perkuliahan dan memberikan kebebasan kepada penggunanya untuk dapat mengakses kapan saja dan dimana saja melalui perangkat *mobile* seperti laptop dan *smartphone* (Alwi, 2019)

3) Faktor Sarana Prasarana

Penyebab dari faktor sarana prasarana yaitu ketidakterbacaan diagnosis pada ringkasan pulang pasien yang digunakan petugas saat proses telaah kasus untuk pengajuan klaim. Permasalahan ini tentu sangat berdampak pada proses pengajuan klaim. Apabila dijumpai pada ringkasan pulang pasien yang ditulis oleh DPJP tidak terbaca, petugas harus melakukan konfirmasi ulang kepada DPJP atau Dokter verifikator internal pusjamkes.

Mutu pelayanan rumah sakit tercermin dari rekam medis yang lengkap. Rekam medis harus berisi informasi lengkap terkait pasien, informasi penegakkan diagnosis dan pengobatan cedera atau luka. Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan serta pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Hal yang penting dalam pengisian ringkasan pulang pasien yaitu informasi yang diisikan haruslah lengkap dan dibuat singkat, pada lembar ini terdapat informasi penting terkait identitas, penyakit pasien, pemeriksaan dan pengobatan atau tindakan yang didapat oleh pasien selama masa perawatan. Ringkasan pulang pasien merupakan dokumen yang penting dan tidak dapat dimumuskan karena didalamnya terdapat riwayat penyakit pasien, keluhan utama pasien, diagnosis dan

pengobatan/tindakan yang diberikan oleh PPA kepada pasien. Dengan demikian pengisian rekam medis harus lengkap (Asmoro *et al.*, 2022). Selain itu adanya tuntutan rumah sakit dalam menjamin kelengkapan rekam medis, perlu didukung dengan upaya rumah sakit melalui suatu regulasi dan edukasi kepada para PPA dalam proses pendokumentasian rekam medis (Kurnia Purbobinuko *et al.*, 2021).

c. Aspek Klinis

Setelah aspek administrasi, aspek klinis mengikuti diurutan kedua sebagai aspek tertinggi faktor penyebab *pending* klaim dengan jumlah persentase 34%. Berikut adalah penjelasan tentang faktor penyebab *pending* klaim aspek klinis:

1) Faktor SDM

Dalam penelitian ini, faktor SDM tidak menjadi faktor penyebab terjadinya *pending* klaim di unit puskesmas. Dalam suatu perusahaan terdapat satu sistem yang tidak dapat dilepaskan yaitu faktor sumber daya manusia. SDM merupakan salah satu hal penting dalam sebuah perusahaan yang berjalan. Dengan demikian, perusahaan harus mampu mendapatkan karyawan yang memiliki rasa tanggung jawab, loyalitas dan memiliki kemampuan serta keterampilan yang baik (Putri & Purwaningsih, 2023).

2) Faktor Sistem

Adapun faktor penyebab *pending* klaim dari aspek klinis ini terdapat perbedaan persepsi antara kebijakan atau tata aturan pihak BPJS dengan DPJP. Hal yang sama juga diungkapkan pada penelitian terdahulu yang menerangkan bahwa setelah dilakukan wawancara yang mendalam, peneliti mendapatkan informasi adanya *pending* klaim ini disebabkan karena terdapat perbedaan antara klaim yang telah diajukan oleh pihak rumah sakit dengan kebijakan atau regulasi pihak BPJS (Cahyono *et al.*, 2021). Peneliti juga menegaskan bahwa hal tersebut hanya terjadi pada kasus-kasus tertentu, karena tidak semua kasus klaim di-*pending* oleh BPJS. Dalam penelitian tersebut

juga diutarakan bahwasanya hal-hal yang harus diperhatikan dengan baik untuk keperluan kesesuaian klaim yang akan diajukan kepada BPJS haruslah berdasar pada regulasi yang terkait, yaitu perlu adanya kesesuaian pada aspek administrasi, aspek *coding* dan aspek klinis.

Pernyataan serupa juga diungkapkan oleh penelitian terdahulu yang menyatakan, faktor penyebab *pending* klaim salah satunya yaitu perbedaan persepsi antara verifikator BPJS dengan rumah sakit, dan juga peneliti mengungkapkan bahwa tarif yang didapat rumah sakit lebih kecil apabila dibandingkan dengan tarif yang diajukan pihak rumah sakit kepada BPJS (Mardiyoko *et al.*, 2020). Pernyataan yang sama didukung dalam *literature review* yang menerangkan bahwa faktor selanjutnya yang dapat menyebabkan pengembalian berkas klaim yaitu terdapat perbedaan pemahaman antara petugas rumah sakit dengan verifikator BPJS (Simbolon, 2023).

3) Faktor Sarana Prasarana

Permasalahan penyebab *pending* klaim yang terjadi dikarenakan faktor sarana prasarana adalah belum maksimalnya pembuatan *clinical pathway* (CP) di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul. Berdasarkan informasi yang didapatkan RSUD PKU Muhammadiyah Bantul telah memiliki *clinical pathway*, tetapi belum mewakili semua kasus penyakit dan tindakan.

Clinical pathway (CP) merupakan suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap tahapan yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit. *Clinical pathway* menjadi salah satu komponen dari sistem *DRG-Casemix* yang terdiri dari kodifikasi penyakit dan prosedur tindakan (*ICD 10 dan ICD9-CM*) dan perhitungan biaya. Penerapan *clinical pathway* ini sangat berhubungan dengan *clinical governance* dalam menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. Selain itu, *clinical*

pathway merupakan salah satu bagian penting dari dokumen dan alat untuk mencapai tata kelola klinis yang baik di rumah sakit. Dengan adanya *clinical pathway* dalam melayani pasien di rumah sakit, akan memberikan efisiensi dan efektifitas dalam proses pelayanan medis dan mencegah terjadinya kecurangan dalam pembiayaan perawatan medis di rumah sakit (Sugiarti & Junaedi, 2022; Thahir & Darmaja, 2022).

4. Dampak Terjadinya *Pending Klaim* RSUD Muhammadiyah

Salah satu tujuan khusus penelitian ini yaitu ingin mengetahui dampak yang akan ditimbulkan dari terjadinya *pending klaim*. setelah dilakukan wawancara bersama informan yang terkait, ditemukan informasi bahwasanya dampak yang akan dirasakan yaitu tentu akan mempengaruhi *financial* atau *cashflow* rumah sakit. Tak hanya itu, dampak yang akan terjadi juga dapat dirasakan oleh petugas yang bersangkutan, informan menyatakan dampak yang dirasakan petugas yaitu akan mengganggu keefisienan kinerja petugas. Karena adanya berkas yang mengalami *pending* atau revisi, maka petugas harus bekerja dua kali untuk melakukan analisa dan membuka berkas kembali untuk dilakukan revisi.

Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan dampak *pending klaim* yang akan dirasakan bagi rumah sakit yaitu akan terganggunya arus pendanaan rumah sakit. Rumah sakit sudah memberikan pelayanan, tetapi dikarenakan adanya *pending klaim* maka pembayaran oleh pihak BPJS tentu juga akan tertunda. Dalam penelitian tersebut juga menjelaskan dampak *pending klaim* akan menyita waktu petugas, karena petugas harus melakukan revisi kembali berkas yang *pending* agar dana *pending* dapat segera dicairkan (Isya & Reza, 2022). Hal serupa juga diungkapkan dalam penelitian dalam penelitian ini dijelaskan, adanya *pending klaim* akan berdampak pada kecenderungan merugikan rumah sakit (Sahir & Wijayanti, 2022)

Untuk mengatasi dan meminimalisir terjadinya *pending klaim* tentu unit puskesmas RSUD Muhammadiyah Bantul memiliki solusi penyelesaian masalah yaitu dengan langsung menindaklanjuti dari manakah asal

permasalahan atau kendala yang terjadi. Apakah permasalahan tersebut berasal dari internal unit atau eksternal unit, serta petugas unit pusjamkes sangat mengutamakan komunikasi untuk segera mengambil tindakan untuk langkah-langkah selanjutnya terkait penyelesaian masalah. Dengan adanya sarana prasarana berupa alat *telephone* yang dinamakan dengan (*i-phone*) yang dimiliki setiap unit membantu petugas unit pusjamkes untuk berkomunikasi langsung tanpa harus mendatangi unit pelayanan satu persatu. Istilah komunikasi dapat digunakan oleh semua orang pada masyarakat modern mencakup anggota masyarakat dan praktisi manajemen. Komunikasi merupakan suatu hal yang sangat penting dalam kegiatan berorganisasi, sehingga komunikasi adalah inti dari kegiatan organisasi dan merupakan proses utama dalam melaksanakan semua fungsi dalam organisasi dan manajemen (Tita & Djuwita, 2020).

Pemecahan masalah selanjutnya untuk mengatasi *pending* klaim ini yaitu akan dilakukan rapat pertemuan langsung bersama Direktur Utama dan DPJP yang berkaitan dengan kasus *pending* klaim, karena semua pelaporan terkait pengajuan klaim akan dilaporkan dan diminta persetujuan terlebih dahulu kepada Dewan Direksi RSUD Muhammadiyah Bantul. Dalam rapat tersebut akan dicapai keputusan akhir dan kesepakatan serta solusi harapan untuk masa yang akan datang agar dapat meminimalisir bahkan mencegah terjadinya *pending* klaim. Selain melakukan rapat unit pusjamkes juga akan melakukan sosialisasi kepada DPJP dan unit pelayanan terkait syarat-syarat pengisian berkas rekam medis pasien agar klaim dapat berjalan dengan baik dan dapat ter-klaimkan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu yang mengutarakan bahwasanya rapat yang efektif akan menghasilkan suatu keputusan yang baik pula, dan melalui rapat juga dapat membangun rasa kebersamaan. Hal serupa juga dinyatakan dalam penelitian terdahulu yang membahas terkait rapat yaitu pada kegiatan rapat, akan membicarakan dan membahas terkait persoalan tertentu, yang mana dengan adanya rapat ini permasalahan yang terjadi tentu akan dapat terpecahkan dan bermacam

kebijakan dari suatu organisasi juga nantinya akan dapat segera dicetuskan (Lhaura Van & Yunefri, 2020; Maksun, 2019).

Dalam penelitian ini juga menceritakan terkait apakah terdapat pemberian sistem *reward* (penghargaan) dan *punishment* (hukuman) untuk petugas di unit pusjamkes. Di unit pusjamkes RSUD Muhammadiyah Bantul belum memiliki sistem pemberian *reward* dan *punishment* kepada petugas sesuai dengan kinerja. Dalam penjelasan yang diberikan informan didapatkan informasi bahwasanya apabila terdapat petugas yang kesulitan dan kesalahan dalam melakukan pekerjaan, petugas lain dapat membantu dan membimbing petugas yang mengalami kesusahan tersebut.

Dalam penelitian terdahulu menjelaskan, adanya pemberian *reward* adalah salah satu pelaksanaan dari fungsi sumber daya manusia sebagai suatu bentuk dari perhatian positif perusahaan yang memiliki peran untuk memberikan semangat dan bentuk partisipasi perusahaan guna untuk meningkatkan motivasi dan memberikan semangat sehingga karyawan akan mampu memberikan hasil yang terbaik. Besarnya nilai *reward* yang diberikan oleh perusahaan sering kali dianggap sebagai cerminan produktifitas kinerja yang diberikan karyawan untuk perusahaan, yang tentunya tetap harus dilandasi dengan adanya rasa tanggungjawab, rasa memiliki yang tinggi dan juga sebaliknya, perusahaan dapat memberikan apresiasi dari hasil kinerja karyawan dengan baik dan membalasnya dalam bentuk memberikan *reward* yang bermanfaat. Penelitian juga menjelaskan terkait pemberian *punishment* kepada petugas, *punishment* juga disebut sebagai sebuah ancaman hukuman yang mana tujuannya yaitu tentu untuk memicu dan memperbaiki kinerja petugas yang melanggar, memelihara peraturan yang berlaku dan memberikan pelajaran kepada pelanggar. Penelitian tersebut juga mengungkapkan dengan adanya sistem *punishment* petugas akan lebih disiplin dan lebih teliti serta dapat melaksanakan tugas dengan baik sehingga mampu meningkatkan kinerja petugas (Pratama *et al.*, 2022).

Kinerja dalam organisasi adalah suatu jawaban dari berhasil atau tidaknya terkait tujuan yang telah ditetapkan. Kinerja merupakan penampilan

karya personal, baik pada segi kuantitas maupun kualitas yang dimiliki SDM dalam suatu organisasi. Peningkatan kinerja dapat dilakukan dengan memberikan beban kerja yang sesuai dengan kemampuan serta kesanggupan petugas. Dalam peningkatan kinerja, untuk meraih kepuasan kerja tidak hanya dipengaruhi oleh pekerjaan semata, melainkan juga dapat berasal dari faktor sosial dan dari individu tersebut. Adanya kepuasan kerja bagi petugas sangat diperlukan, karena kepuasan kerja karyawan akan meningkatkan produktivitas. Kepuasan kerja yang tinggi akan memberikan peluang besar dalam meningkatkan kinerja karyawan, sebaliknya kepuasan kerja yang rendah memiliki potensi akan menurunkan kinerja karyawan (Ningsih *et al.*, 2013).

C. Keterbatasan Penelitian

1. Keterbatasan pada penelitian ini yaitu terkait dengan penyesuaian waktu peneliti dengan petugas unit puskesmas selaku informan peneliti. Sehingga memerlukan komunikasi yang lebih untuk menyesuaikan waktu agar kegiatan pengambilan data dapat dilaksanakan
2. Tidak menjabarkan secara spesifik terkait jumlah lembar ringkasan pulang yang tidak lengkap, laporan operasi yang tidak lengkap serta lembar persyaratan pengajuan klaim lainnya.