

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran umum RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang

Rumah Sakit Jiwa Magelang dibangun pada tahun 1916, pemerintah belanda yang di pimpin Scholtens merencanakan untuk membangun suatu “Krankzinningengesticht” (Rumah Sakit Jiwa) di Jawa Tengah dan RSJ Prof.Dr.Soerojo terletak 4 kilometer dari pusat kota Magelang, dikelilingi Gunung-gunung Merapi, Merbabu, Andong dan Telomoyo disebelah timur, Ungaran disebelah utara, Sumbing serta Menoreh disebelah barat dan bukit Tidar (“Pakunya pulau Jawa”), RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang berada ditepi jalan raya yang menghubungkan kota-kota : Yogyakarta, Semarang dan Purworejo, Wonosobo dan kota kota disekitarnya, karena letak yng sangat strategis di jalan utama Yogyakarta sampai dengan Semarang, dengan luas 40 Ha.

Sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI. No.135/Menkes/SK/IV/1978. Pada tahun 1978 Rumah Sakit Jiwa Magelang ditetapkan oleh Pemerintah Rumah Sakit Jiwa Magelang Pusat kelas A, dan sebagai Unit Pelaksana Teknis dari Departemen Kesehatan, adapun tugas dari Rumah Sakit Jiwa Magelang adalah

menyelenggarakan dan melaksanakan pelayanan kesehatan, pencegahan gangguan jiwa, pemulihan dan rehabilitasi dibidang kesehatan jiwa.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI No. 1684 MENKES-KESSOS/SK/XI/2000, pada tanggal 20 Nopember 2000 tentang Pemberian Nama Rumah Sakit Jiwa Magelang menjadi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. secara resmi Rumah Sakit Jiwa Magelang berubah nama menjadi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, Pemberian nama rumah sakit dr. Soerojo sebagai orang pribumi pertama yang menjadi Direktur di Rumah Sakit Jiwa Magelang.

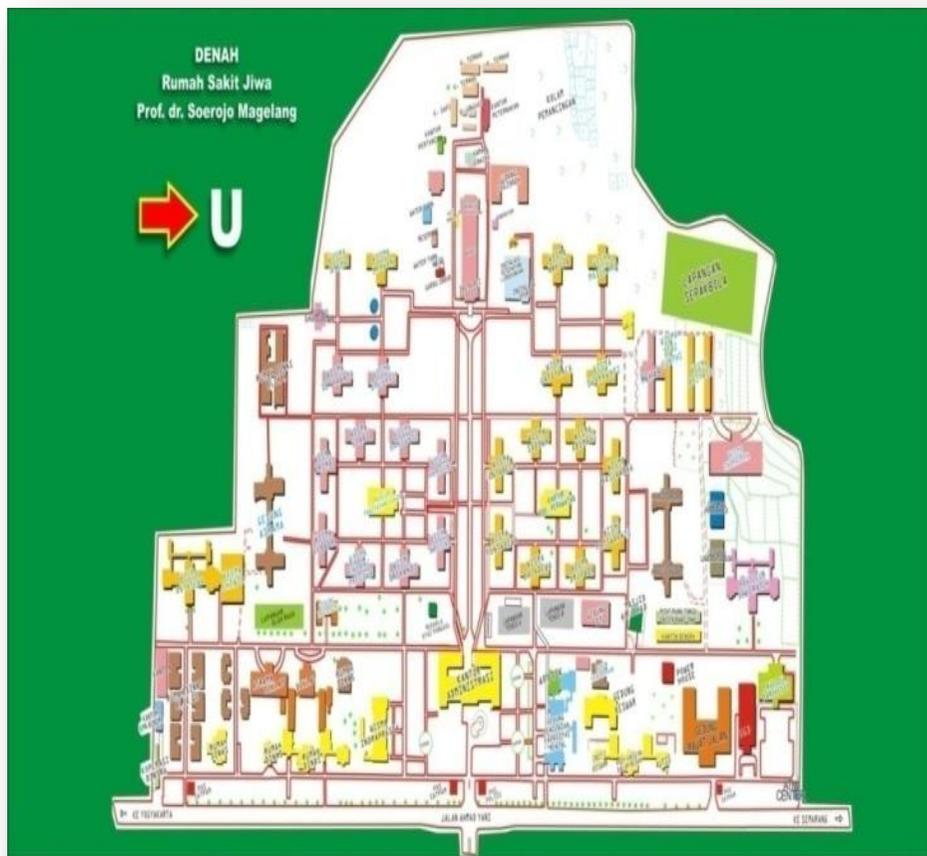
Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 756/Men.Kes/SK/VI/2007 tgl 26 Juni 2007 dan Keputusan Menteri Keuangan RI No. 278/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 , RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang menjadi Instansi Pemerintah dibawah Dep.Kes. RI dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK BLU).

Tahun 2009 adanya kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif direspon oleh RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang dengan membuka pelayanan kesehatan non jiwa

yang didukung dengan Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, tentang Ijin melaksanakan Pelayanan Kesehatan Non jiwa di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang sesuai dengan Surat Keputusan No.HK.03.05/I/441/09, dimana surat Keputusan tersebut mengatur RSJ Prof. Dr Soerojo Magelang untuk membuka pelayanan kesehatan Non Jiwa dengan jumlah maksimal 15 % dari Tempat Tidur yang tersedia. Tenaga medik dokter spesialis didukung oleh dokter spesialis anak, dokter spesialis penyakit dalam, spesialis bedah,spesialis saraf, spesialis Radiologi, spesialis anestesi.Dan spesialis kebidanan dan kandungan.

Pelayanan Non jiwa di dukung juga dengan telah di operasikannya dua (2) ruang untuk rawat inap, kamar bersalin, kamar operasi, dan fasilitas pendukung yang lain. RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang walaupun menjalankan layanan non jiwa akan tetapi kegiatan utama dalam bidang pelayanan kesehatan jiwa tetap dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Kapasitas 580 tempat tidur Pelayanan Unggulan Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja Sebagai Rumah Sakit jaringan pendidikan Sebagai Situs Cagar Budaya RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang saat ini, yang mempunyai lahan seluas : 409.450 m² Luas bangunan : 27.724 m²



Gambar 3. Denah Lokasi layanan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo Magelang

VISI :

Menjadi pusat Unggulan Pelayanan dan Pendidikan Kesehatan Jiwa Secara Holistik di tingkat Nasional 2015 dan ASEAN 2018 (UN₅A₈).

MISI

- 1) Melaksanakan pelayanan prima kesehatan jiwa terpadu dan komprehensif;
- 2) Melaksanakan pendidikan dan penelitian kesehatan jiwa terpadu dan komprehensif;
- 3) Mengembangkan pelayanan berdasarkan mutu dan profesionalisme;
- 4) Mengembangkan model pelayanan, pendidikan, dan penelitian di bidang kesehatan jiwa yang terpadu dan komprehensif melalui pendekatan seni budaya;
- 5) Melaksanakan tata kelola rumah sakit yang baik (*Good Corporate Governance*).

2. Fasilitas pelayanan di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang

- a. Layanan di IGD Pelayanan Gawat Darurat Jiwa, maternitas.dan Fisik
- b. Layanan di Rawat Jalan terdiri dari Poliklinik Jiwa/Psikiatri, Poliklinik Saraf, Poliklinik Psikologi, Poliklinik Kebidanan Dan Kandungan, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Bedah, Poliklinik Obsgin, Poliklinik Gigi Dan Mulut dan Polilinin Rehab Medik

3. Layanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang saat ini telah melengkapi fasilitas rawat inap yang memadai, dirancang khusus untuk memberikan keamanan dan kenyamanan sehingga secara psikologis dapat mempercepat proses penyembuhan pasien yang didukung oleh fasilitas kamar perawatan , RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang mempunyai Instalasi Rawat Inap di terdiri dari , Jiwa Maintenance Putra Kelas I ada 10 tempat tidur, Kelas II ada 24 tempat tidur, Kelas III ada 202 tempat tidur, Jiwa Maintenance Putri , Kelas I ada 14 tempat tidur, Kelas II ada 14 tempat tidur, Kelas III ada 84 tempat tidur, Unit Pelayanan Jiwa Intensif Putra (UPI Putra) ada 40 tempat tidur, Unit Pelayanan Jiwa Intensif Putri (UPI Putri) ada 20 tempat tidur, Psikogeriatri Putra Kelas I ada 2 tempat tidur, Kelas II ada 4 tempat tidur, Kelas III ada 14 tempat tidur, Psikogeriatri Putri Kelas I ada 2 tempat tidur, Kelas II ada 4 tempat tidur, Kelas III ada 14 tempat tidur.

4. Kinerja Operasional

RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang mempunyai Layanan dan Kinerja operasional tersebut terdiri dari Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat Instalasi Rawat Inap I (Jiwa), Instalasi Rawat Inap 2 (Non Jiwa), Instalasi Kesehatan Jiwa Anak Dan Remaja, Instalasi

Kesehatan Jiwa Masyarakat, Instalasi Rekam Medik, Instalasi Penilaian Kapasitas Mental, Instalasi Rehabilitasi Psikososial, Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Gizi.

Tabel 1. Tenaga Medis di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang

Layanan	Profesi
Dokter Spesialis Jiwa	13 Orang
Psikolog	9 Orang
Spesialis Syaraf	3 Orang
Spesialis Penyakit dalam	3 Orang
Spesialis Bedah	2 Orang
Spesialis Anestesi	1 Orang
Spesialis Obsgin	2 Orang
Spesialis Orthodonti	1 Orang
Spesialis Kulit Dan Kelamin	1 Orang
Dokter gigi	2 Orang
Dokter Radiologi	1 Orang
Dokter Patologi Klinik	1 Orang
Dokter Rehab Medik	1 Orang
Dokter Umum	9 Orang

Sumber :Profil RSJS 2018

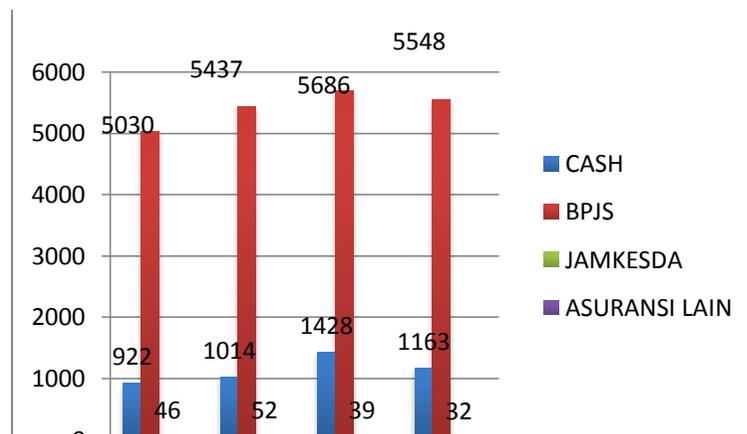
Tabel 1.Menggambarkan jumlah dan kompetensi dokter, Psikolog yang ada di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang, adapun layanan unggulan di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang adalah Kesehatan Jiwa Anak Dan Remaja dan terbentuk Ikeswar (Instalasi kesehatan Jiwa Anak Dan Remaja).

Tabel 2. Laporan kunjungan rawat jalan berdasarkan cara bayar pasien

Bulan	Jenis pembayaran			
	Cash	BPJS	Jamkesda	Asuransi lain
Januari	922	5030	46	11
Februari	1014	5437	52	11
Maret	1428	5686	39	5
April	1163	5548	32	4
Mei	878	5422	31	11
Juni	1051	5701	47	13
Juli	967	4366	30	7
Agustus	1230	5860	29	5
Sept	978	5308	37	5
Okt	841	5570	45	2
Nop	1218	5852	30	3
Des	1054	5362	33	5
Jumlah	12744	65142	451	82

Sumber data dari Instalasi Rekam Medik 2016

Tabel 2. Menggambarkan Kunjungan rawat jalan berdasarkan cara bayar, dari bulan Januari sampai dengan Desember 2016, untuk pasien cash sejumlah 12744 kasus, jaminan menggunakan BPJS Kesehatan sebanyak 65142 kasus, Jamkesda sebanyak 451 kasus dan asuransi lain sebanyak 82 kasus.



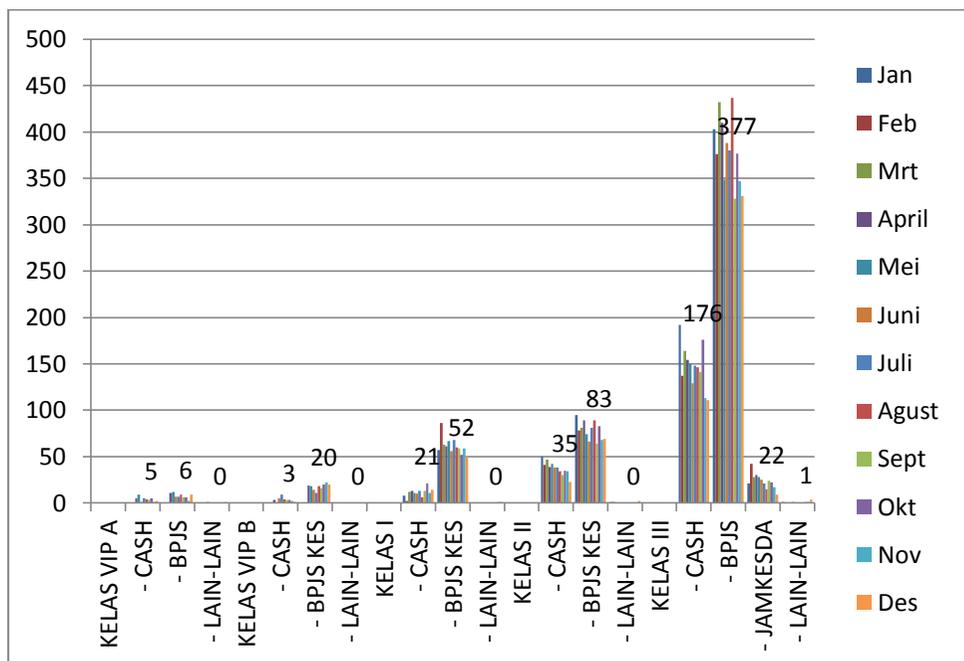
Gambar 4. Laporan kunjungan rawat jalan berdasarkan cara bayar pasien Sumber data dari Instalasi rekam Medik 2016

Tabel 3. Pasien masuk rawat inap berdasarkan cara bayar Th 2016

KELAS DAN CARA BAYAR	BULAN											
	Jan	Feb	Mrt	April	Mei	Juni	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des
KELAS VIP A												
- CASH	0	0	0	5	9	1	5	4	3	5	1	2
- ASKES	0	0	0	7	10	2	4	7	4	4	1	4
- BPJS	0	0	0	4	2	5	3	2	2	2	1	5
- LAIN-LAIN	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
KELAS VIP B												
- CASH	0	0	0	3	0	5	9	4	3	3	2	1
- ASKES	0	0	0	11	10	7	8	17	11	13	12	15
- BPJS	0	0	0	8	8	7	3	1	5	7	10	5
- LAIN-LAIN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KELAS I												
- CASH	8	2	12	13	11	10	13	6	13	21	11	14
- ASKES	30	44	39	32	30	26	35	33	39	28	31	22
- BPJS	27	42	24	29	37	30	33	27	20	24	28	28
- LAIN-LAIN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
KELAS II												
- CASH	50	41	47	39	42	38	38	34	30	35	34	23
- ASKES	25	19	18	13	13	10	7	17	13	21	11	14
- BPJS	70	59	63	76	61	56	74	72	51	62	57	55
- LAIN-LAIN	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
KELAS III												
- CASH	192	137	164	154	150	129	148	146	141	176	113	111
- BPJS	120	111	111	112	89	134	103	136	100	130	127	123
- LAIN-LAIN	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	4
-JAMKESMAS	283	265	321	298	260	254	277	301	228	247	220	208
- JAMKESDA	21	42	28	30	28	25	21	15	24	22	17	9
JUMLAH	828	763	827	834	762	739	781	822	687	801	678	647

Sumber data Instalasi Rekam Medik 2016

Tabel.4. Menggambarkan bahwa pasien masuk rawat inap berdasarkan cara bayar tahun 2016, dengan jumlah pasien rawat inap bulan Januari 2016 sebanyak 828 kasus, Februari 2016 sebanyak 763 kasus, Maret 2016 sebanyak 827 kasus, April 2016 sebanyak 834 kasus, bulan Mei sebanyak 762 kasus, Juni 2016 sebanyak 739 kasus, Juli tahun 2016 sebanyak 781 kasus, Agustus 2016 sebanyak 822 kasus, September 2016 sebanyak 687 kasus, Oktober 2016 sebanyak 801 kasus, November 2018 sebanyak 678 kasus, dan pada bulan Desember 2016 sebanyak 647 kasus.



Gambar 5. Pasien masuk rawat inap berdasarkan cara bayar Tahun 2016

5. Karakteristik Informan

Peneliti dalam melakukan penelitian menggunakan pedoman wawancara yang mendalam dari Pimpinan Rumah Sakit, Dokter Spesialis, Dokter Umum, Administrasi rumah sakit, Koder Rumah Sakit, Kepala Instalasi Penjaminan Kesehatan, BPJS Kesehatan.

Tabel 4. Karakteristik Informan

INFORMAN	PROFESI	TEMPAT TUGAS	MASA KERJA
DS 1	Sp.PD Dokter Umum	Layanan Dalam	10
DU 1		IGD	8
KD 1	Koder	Instalasi Rekam Medik	6
KD 2	Koder	Instalasi Rekam Medik	8
PD 1	Pendaftaram	Instalasi Rekam Medik	3
PD 2	Pendaftaran	Instalasi Rekam Medik	10
VR1	Verifikator RS	Instalasi Penjamkes	8
VB 1	Verifikator BPJS	BPJS Kesehatan	3
VB 2	VerifikatorR BPJS	BPJS Kesehatan	2
DM	Direktur Medik Dan Keperawatan	Direktorat Medik Dan Keperawatan	30
KM	Kepala Seksi Medik	Direktorat Medik Dan Keperawatan	8
KP	Kepala Instalasi Penjaminan Kesehatan	Instalasi Penjaminan Kesehatan	23

6. Pemetaan data klaim tidak layak bayar layanan jiwa dan non jiwa Tahun 2016.

Tabel 5. Klaim BPJS Kesehatan tidak layak bayar Bulan Januari sd Desember 2016

NO	JENIS LAYANAN	JUMLAH KASUS	TOTAL BIAYA
LAYANAN JIWA			
1	Rawat Jalan	105	38.583.100
2	Rawat Inap	6	33.818.300
	Jumlah	111	72.401.400
LAYANAN NON JIWA			
1	Rawat Jalan	279	62.040.900
2	Rawat Inap	4	16.271.200
	Jumlah	283	78.312.100
	Jumlah Jiwa dan Non Jiwa	394	150.713.500

Tabel 5. Kasus klaim tidak layak bayar layanan jiwa ada 111 kasus dengan total nilai klaim sebesar Rp. 72.401.400 dan untuk layanan non jiwa ada 283 kasus dengan nilai klaim sebesar Rp.78.312.100, dan kasus penelitian yang peneliti ambil adalah kasus rawat jalan dan rawat inap non jiwa karena jumlah kasus dan nilai klaimnya besar.

Tabel.6 Klaim tidak layak bayar di RSJ.Prof.Dr.Soerojo Magelang seluruh kasus non jiwa baik layanan rawat jalan maupun layanan rawat inap prosentase klaim tidak layak bayar dibandingkan dengan seluruh kasus yang ada, dengan tabel sebagai berikut :

Tabel 6. Prosentase klaim tidak layak bayar BPJS Kesehatan pelayana Tahun 2016 Di RSJ.Prof.Dr.Soerojo Magelang

Bulan	Layanan Non Jiwa	Jumlah Kasus	Jumlah Klaim Non Jiwa	Tidak Layak Bayar		%
				Kasus	Tidak Layak Bayar	
Januari	Rawat Jalan	2.927	531.551.500	62	11.601.100	2%
	Rawat Inap	318	1.278.458.500	2	6.650.500	1%
Februari	Rawat Jalan	3.126	567.629.500	24	4.838.600	1%
	Rawat Inap	333	1.473.479.600	-	-	0%
Maret	Rawat Jalan	3.394	618.371.600	55	10.876.700	2%
	Rawat Inap	352	1.526.165.300	-	-	0%
April	Rawat Jalan	3.146	603.299.800	19	3.802.200	1%
	Rawat Inap	376	1.735.256.500	2	4.134.200	1%
Mei	Rawat Jalan	3.188	595.255.400	16	3.530.800	1%
	Rawat Inap	266	1.621.709.283	1	5.486.500	0%
Juni	Rawat Jalan	3.330	623.178.600	10	1.805.100	0%
	Rawat Inap	326	1.528.434.300	-	-	0%
Juli	Rawat Jalan	2.560	462.800.000	10	2.385.000	0%
	Rawat Inap	300	1.282.883.600	-	-	0%
Agustus	Rawat Jalan	3.424	635.669.700	18	3.769.000	1%
	Rawat Inap	373	1.568.516.500	-	-	0%
September	Rawat Jalan	3.108	576.742.000	11	2.480.700	0%
	Rawat Inap	321	1.357.433.400			0%
Oktober	Rawat Jalan	2.501	468.678.300	9	2.022.500	0%
	Rawat Inap	304	1.355.379.300	-	-	0%
November	Rawat Jalan	2.912	433.819.456	25	9.017.400	1%
	Rawat Inap	320	832.632.969	-	-	0%
Desember	Rawat Jalan	2.212	329.561.930	20	5.911.800	1%
	Rawat Inap	285	741.505.930	-	-	0%
	Jumlah Rajal	35.828	6.446.557.786	279	62.040.900	1%
	Jumlah Ranap	3.874	16.301.855.182	4	16.271.200	0%

Tabel. 6 Prosentase klaim tidak layak bayar layanan Non jiwa Tahun 2016, prosentase rawat jalan sebesar satu persen dan layanan rawat inap sebesar nol persen dari total jumlah kasus layanan non jiwa di RSJ.Prof.Dr.Soerojo Magelang.

Peneliti harus melakukan detail beberapa permasalahan dalam penelitian tersebut sehingga ada beberapa hal yang harus disampaikan:

7. Untuk layanan rawat jalan non jiwa per poliklinik adalah

Tabel 7. Data klaim tidak layak bayar Non Jiwa Tahun 2016 Berdasarkan layanan Per Poliklinik

Poli	Jml Kasus	Bukan Gadar	Satu Episode Rajal	Satu Episode RI	Tdk Dpt Obat	Tidak ada rujukan	Hanya minta rujukan	Pasien kontroltidak ada kode Z	Penyebab Klaim Tidak Layak Bayar	
									Medis	Adm
Anak	6	-	1	2	2	1	-	-	2	4
Bedah	92	-	17	70	5	-	-	-	11	81
Dalam Gigi	38	-	24	13	-	1	-	-	7	31
Jiwa	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Kulit	8	-	7	-	-	-	-	1	7	1
Obsgin	2	-	2	-	-	-	-	-	1	1
Syaraf	37	-	4	31	1	1	-	-	5	32
UGD	58	-	54	2	-	1	1	-	34	24
Jumlah	37	35	-	2	-	-	-	-	36	1
	279	35	109	117	8	4	1	1	103	176

Dalam Tabel 7. Dapat kami sampaikan hasil penelitian dengan rincian sebagai berikut :

- a. Pada layanan Poliklinik anak terdapat jumlah kasus tidak layak bayar sejumlah 6 kasus dengan penyebab klaim tidak layak bayar

secara medis ada dua kasus dan secara Administratif sebanyak empat kasus kriteria sebagai berikut :

- 1) Satu kasus klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan dan mendapatkan penunjang dihari lain maka dijadikan satu episode rawat jalan, dan diklaimkan hanya satu saat bertemu dengan dokter pemeriksa.
 - 2) Ada dua kasus inkonsistensi rawat jalan yang dilanjutkan ke rawat inap dan klaim rawat jalan di gabungkan menjadi klaim rawat inap.
 - 3) Ada dua kasus saat pemeriksaan dokter tidak mendapatkan obat, hanya konsultasi saja.
 - 4) Ada satu kasus klaim yang tidak dilampiri rujukan dari pemberi pelayanan kesehatan tingkat satu atau dokter keluarga.
- b. Pada layanan Poliklinik Bedah terdapat sembilan puluh dua kasus tidak layak bayar dengan kasus secara medis sebelas kasus dan secara administratif ada delapan puluh satu kasus kriteria sebagai berikut :
- 1) Tujuh belas kasus klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan dan mendapatkan penunjang dihari lain maka dijadikan

satu episode rawat jalan, dan diklaimkan hanya satu saat bertemu dengan dokter pemeriksa.

- 2) Tujuh puluh kasus inkonsistensi rawat jalan yang dilanjutkan ke rawat inap dan klaim rawat jalan di gabungkan menjadi klaim rawat inap.
- 3) Lima kasus kunjungan rawat jalan hanya konsultasi saja, dan tidak dapat obat.

c. Pada layanan Poliklinik Penyakit Dalam terdapat tiga puluh delapan kasus tidak layak bayar dengan kasus secara medis ada tujuh kasus dan secara administratif ada tiga puluh satu kasus dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Dua puluh empat kasus klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan dan mendapatkan penunjang dihari lain maka dijadikan satu episode rawat jalan, dan diklaimkan hanya satu saat bertemu dengan dokter pemeriksa.
- 2) Tiga belas kasus inkonsistensi rawat jalan yang dilanjutkan ke rawat inap dan klaim rawat jalan di gabungkan menjadi klaim rawat inap.
- 3) Satu kasus kunjungan rawat jalan tidak ada rujukan dari pemberi pelayanan kesehatan tingkat satu atau dokter keluarga.

- d. Pada layanan Poliklinik Gigi terdapat satu kasus tidak layak bayar dengan kriteria secara administratif ada satu kasus sebagai berikut :
 - e. Satu kasus inkonsistensi rawat jalan yang dilanjutkan ke rawat inap dan klaim rawat jalan di gabungkan menjadi klaim rawat inap.
 - f. Pada layanan Poliklinik jiwa terdapat delapan kasus tidak layak bayar dengan kasus medis sebanyak satu kasus dan administratif sebanyak satu kasus dengan kriteria sebagai berikut :
 - 1) Tujuh kasus klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan dan mendapatkan penunjang dihari lain maka dijadikan satu episode rawat jalan, dan diklaimkan hanya satu saat bertemu dengan dokter pemeriksa.
 - 2) Satu kasus pasien kunjungan baru dalam koding INA CBG'S tidak diberi kode Z, harusnya tetap dibayarkan dengan dibayarkan sebagai kasus baru.
 - g. Pada layanan Poliklinik Kulit dan Kelamin terdapat dua kasus tidak layak bayar dengan kasus secara medis satu kasus dan secara administratif satu kasus kriteria sebagai berikut :
 - 1) Tujuh kasus klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan dan mendapatkan penunjang dihari lain maka dijadikan satu

episode rawat jalan, dan diklaimkan hanya satu saat bertemu dengan dokter pemeriksa.

h. Pada layanan Poliklinik Obsgin terdapat tiga puluh tujuh kasus tidak layak bayar dengan kasus medis lima kasus dan kasus administratif tiga puluh dua kasus kriteria sebagai berikut :

- 1) Empat kasus klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan dan mendapatkan penunjang dihari lain maka dijadikan satu episode rawat jalan, dan diklaimkan hanya satu saat bertemu dengan dokter pemeriksa.
- 2) Tiga puluh satu kasus inkonsistensi rawat jalan yang dilanjutkan ke rawat inap dan klaim rawat jalan di gabungkan menjadi klaim rawat inap.
- 3) Ada satu kasus saat pemeriksaan dokter tidak mendapatkan obat, hanya konsultasi saja.
- 4) Ada satu kasus syarat layanan non prosedural datang tidak menggunakan rujukan.

i. Pada layanan Poliklinik Syaraf terdapat lima puluh delapan kasus tidak layak bayar dengan ada kasus medis sebanyak tida puluh empat kasus dan kasus administratif sebanyak dua puluh empat kasus dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Lima puluh delapan kasus klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan dan mendapatkan penunjang dihari lain maka dijadikan satu episode rawat jalan, dan diklaimkan hanya satu saat bertemu dengan dokter pemeriksa.
 - 2) Dua kasus inkonsistensi rawat jalan yang dilanjutkan ke rawat inap dan klaim rawat jalan di gabungkan menjadi klaim rawat inap.
 - 3) Ada satu kasus syarat layanan non prosedural datang hanya meminta surat rujukan.
 - 4) Ada satu kasus syarat layanan non prosedural datang tidak menggunakan rujukan.
- j. Pada layanan IGD terdapat tiga puluh tujuh kasus tidak layak bayar dengan kriteria kasus medis sebanyak tiga puluh enam kasus dan administratif satu kasus kriteria sebagai berikut :

Tiga puluh tujuh kasus tidak dengan Diagnosa Gawat darurat sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.856/Menkes/SK/IX/ 2009, tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit.

k. Layanan Rawat inap

Tabel 8. Tidak layak bayar Layanan rawat inap Tahun 2016

No	Tahun 2106	Jumlah Kasus	Nilai Klaim	Keterangan
1	Januari	2	6.650.500	1 Episode Rawat Inap interval waktu singkat rawat inap I dan ke II beda 3 hari dan Layanan Rawat Inap dibayarkan rawat jalan kasus injeksi Intraartikuler
2	Februari	-	-	Layak bayar semua
3	Maret	-	-	Layak bayar semua
4	April	2	4.134.200	1 Episode rawat inap tanggal Interval waktu rawat inap pertama dan ke dua singkat beda 1 hari
5	Mei	1	5.486.500	1 Episode rawat inap tanggal Interval waktu rawat inap pertama dan ke dua singkat beda 2 hari
6	Juni	-	-	Layak bayar semua
7	Juli	-	-	Layak bayar semua
8	Agustus	-	-	Layak bayar semua
9	September	-	-	Layak bayar semua
10	Oktober	-	-	Layak bayar semua
11	Nopember	-	-	Layak bayar semua
12	Desember	-	-	Layak bayar semua
Jumlah		5	16.271.200	

Untuk klaim tidak layak bayar total layanan non jiwa

Tahun 2016 adalah :

- 1) Rawat jalan dengan 279 kasus dengan nominal klaim sebesar Rp.62.040.900.
- 2) Rawat inap 4 kasus dengan nominal klaim sebesar Rp.16.271.200.

- 3) Total klaim tidak layak bayar tahun 2016 ada 283 kasus dengan jumlah total sebanyak Rp.78.312.200.

8. Hasil Analisis dokumen Rekam Medik Non Jiwa tidak layak bayar Tahun 2016, adalah sebagai berikut :

Tabel 9. Hasil Penelitian

KLAIM TIDAK LAYAK BAYAR LAYANAN NON JIWA TAHUN 2016							
NO	JENIS LAYANAN	KETERANGAN	JML KASUS	TOTAL BIAYA	PENYEBAB KLAIM TIDAK LAYAK		
					MEDIK	ADM	
1	Rawat Jalan	Satu Episode Perawatan	235	54.598.600	67	168	
		Diagnosa Bukan Gawat Darurat	35	5.534.700	35	-	
		Pasien Kontrol Tidak Ada Kode Z	1	179.700	-	1	
		Rawat Inap Tidak Dengan BPJS, Kontrol Pertama Menggunakan Rujukan Faskes 1 (Non-Prosedural)	1	183.300	-	1	
		Rawat Jalan Dihari Yang Sama	1	140.100	-	1	
		Tiap Bulan Hanya Minta Rujukan	1	165.400	-	1	
		Tidak Ada Rujukan Atau Surat Kontrol	1	198.400	-	1	
		UGD dihari yang sama dan diagnosa yang sama	1	255.000	1	-	
		APS	1	165.400	-	1	
		Kehamilan Normal USG>4 Kali Tidak Dijamin (Se No 8246/III.2/0816)	1	454.900	1	-	
		Non Prosedural, Tidak Ada Riwayat Opname Dengan BPJS/JKN	1	165.400	-	1	
		Jumlah		279	62.040.900	112	75
		2	Rawat Inap	1 Episode rawat inap	3	12.068.800	3
Injeksi Intra artikuler di rawat inapkan dan hanya di bayar rawat jalan	1			4.202.400	1	-	
Jumlah	4			16.271.200	4	0	
Jumlah Rawat Jalan Dan Rawat Inap			283	78.312.100	116	75	

Dalam Tabel 9. Dapat kami sampaikan hasil penelitian dengan rincian sebagai berikut :

a. Untuk layanan rawat jalan non jiwa adalah :

- 1) Dari hasil pemetaan masalah untuk klaim satu episode perawatan sesuai dengan Permenkes No.76 Tahun 2016 dalam Pedoman INA CBG'S dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional bahwa terdapat 235 kasus dengan nilai klaim sebesar Rp.54.598.600, dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara medik ada 67 kasus dan tidak layak secara administrasi sebanyak 168 kasus, Regulasi dari sistim Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan ada batasan episode perawatan, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, berikut petikan wawancara :

Satu episode rawat jalan menurut pemahaman kami satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama kemudian untuk Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan >6 jam di rumah sakit , jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) tetapi lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administratif telah menjadi pasien rawat inap pasien dianggap pasien rawat jalandan diklaimkan ke rawat jalan. 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. (KD.1)

Episode perawatan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dan atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan atau tatalaksana yang diberikan pada pelayanan yang sama. (VB.1)

Sudah sangat paham, implementasi di verifikator akan mengunfinalkan satu episode perawatan yang rawat jalannya (KP)

- 2) Diagnosa bukan gawat darurat sesuai dengan Kepmenkes No.856/Menkes/SK/IX/2009, tentang Standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit, sebanyak 35 kasus dengan nilai klaim sebesar Rp.5.534.700, dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara medik ada 35 kasus, dalam sehari pasien datang dua kali dengan diagnosa yang sama, apakah dapat diajukan dalam klaim ke BPJS Kesehatan, berikut petikan wawancara :

Bisa....karena dalam permenkes pasien yang datang ke IGD dua kali dengan diagnosa yang sama dapat diklaimkan. (KP)

Pasien datang ke IGD sehari dua kali di IGD dg kasus yang sama dapat di klaim kan dua kali, Fasilitas UGD dapat digunakan apabila pasien dalam keadaan kegawatdaruratan, dokter jaga yang bertugas di UGD yang menentukan apakah pasien dalam keadaan kegawatdaruratan atau tida, Apabila dalam keadaan kegawatdaruratan peserta dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan. (KD.1)

Dokter IGD sudah cukup paham tentang diagnosis yang tidak dijamin BPJS oleh karena sudah tersedia catatan tentang diagnosis apa saja yang bisa dijamin BPJS di IGD, apabila diagnosis pasien di IGD termasuk yang tidak dijamin dokter IGD akan menginformasikan bahwa pelayanan tidak dapat dijamin oleh BPJS. (DU.1)

- 3) Pasien lama koding tidak menggunakan kode Z, 1 kasus dengan nilai klaim sebesar Rp.179.700,dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara administrasi ada 1 kasus, Petugas koding harus memahami regulasi Jaminan Kesehatan Nasional yang telah di tetapkan, bagaimana ketentuan koding baru dan ketentuan koding pasien yang berkunjung kedua kali dan seterusnya rumah sakit ,berikut petikan wawancaranya :

Koding untuk pasien yang baru pertama kali datang kerumah sakit di koding sesuai diagnosa dokter yang ada, untuk pasien yang sudah pernah berobat kerumah sakit koding nya ditambahkan Z,misal untuk pasien dyspepsia pasien baru kodingnya K30,untuk pasien lama kodingnya Z87.1 ; K30.(KD.1)

Petugas Coding paham tentang dengan diagnosis yang dijamin BPJS akan tetapi regulasi perubahan code diagnosa terlalu cepat berubah – ubah(KD.2)

Petugas koding rumah sakit sudah paham mengenai koding(VB.1)

- 4) Pasien rawat inap Cash/biaya sendiri setelah pulang, kontrol berikutnya menggunakan surat perintah kontrol tanpa melalui Faskes Pertama sebanyak 1 kasus dengan nominal klaim sebesar Rp.183.300,dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara administrasi ada 1 kasus, prosedur tentang Jaminan Kesehatan Nasional sudah jelas bahwasannya untuk mendapatkan layanan kesehatan harus sesuai dengan prosedur

yang telah ditetapkan, bila pasien berobat ke rumah sakit tanpa menggunakan rujukan, apa yang akan dilakukan terkait hal tersebut, berikut petikan wawancara :

Tidak diperkenankan, jika ditemukan kasus seperti itu diberi penjelasan secara halus bahwa aturan rumah sakit dan regulasi kemenkes melarang hal tersebut, meminta pasien untuk dibawa. (KP)

Pasien tidak diperkenankan kerumah sakit hanya minta surat kontrol. BPJS mau membayar klaim kalau ada obat atau tindakan penunjang yang dilakukan. Jika dokter di RS faskes 2 tidak mampu menangani maka dokter akan merujuk ke faskes tingkat di atasnya. Jadi semua pelayanan prosedur berjenjang. (KD.1)

Tidak diperkenankan karena surat keterangan kontrol diberikan apabila pasien mendapatkan pelayanan, tindakan, dan mendapat obat dari dokter. Surat keterangan kontrol diterbitkan untuk pemeriksaan lanjutan (Follow up after treatment).(KD.2)

Prosedur pasien berobat ke RS melalui rujukan berjenjang, jika pasien memerlukan perawatan di RS akan mendapatkan rujukan dari Faskes I. Jika pasien hanya meminta surat keterangan kontrol saja tidak diperbolehkan, Karena pelayanan APS tidak dijamin. (VB.2)

- 5) Rawat jalan dihari yang sama sebanyak 1 kasus dengan nilai klaim sebesar Rp.140.100dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara administrasi ada 1 kasus. Prosedur pendaftaran terkait dengan satu pasien yang membutuhkan layanan pada dua poliklinik dalam waktu yang bersamaan, berikut petikan wawancaranya :

Episode perawatan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dan atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan atau tatalaksana yang diberikan pada pelayanan yang sama. (VB.1)

Episode adalah jangka waktu perawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap, termasuk konsultasi/pemeriksaan dokter dan atau pemeriksaan penunjang maupun pemeriksaan lainnya. Untuk setiap episode hanya dapat dilakukan satu kali klaim.(VB.2)

Sudah sangat paham, implementasi di verifikator akan mengunfinalkan satu episode perawatan yang rawat jalannya.(KP)

- 6) Ke RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang hanya minta rujukan dengan jumlah klaim 1 buah nominal klaim sebesar Rp.165.400 dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara administrasi ada 1 kasus. Prosedur dalam Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional, prosedur harus berjenjang dari PPK I dan selanjutnya bila PPK I tidak dapat melayani harus dirujuk ke PPK II dan selanjutnya, berikut petikan wawancaranya :

Jika pasien ke rumah sakit hanya meminta surat keterangan kontrol dari dokter tidak diperbolehkan karena, bisa saja hanya permintaan sendiri (APS), sedangkan APS tidak dijamin, prosedur episode perawatan melibatkan peran dokter dan pasien dan dilakukan pemeriksaan/tindakan (ada didalam perjanjian kerjasama BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit). (VB.2)

Tidak diperkenankan, jika ditemukan kasus seperti itu diberi penjelasan secara halus bahwa aturan rumah sakit dan regulasi kemenkes melarang hal tersebut, meminta pasien untuk dibawa (KP)

Pasien BPJS Kesehatan tidak di perkenankan berobat ke rumah sakit tanpa menggunakan rujukan dari PPK I, sebab rumah sakit sebagai PPK II sehingga pengobatan pasien BPJS Kesehatan harus sesuai regulasi yaitu berjenjang dari PPK I apabila tidak dapat dilayani di PPK I maka PPK I wajib merujuk pasien BPJS Kesehatan ke PPK II (Rumah Sakit) .(DU.1)

Prosedur pasien berobat ke RS melalui rujukan berjenjang, jika pasien memerlukan perawatan di RS akan mendapatkan rujukan dari Faskes I. Jika pasien hanya meminta surat keterangan kontrol saja tidak diperbolehkan, Karena pelayanan APS tidak dijamin.(VB.1)

- 7) Tidak ada rujukan atau surat perintah kontrol sebanyak 1 kasus dengan nominal klaim sebesar Rp.198.400,dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara administrasi ada 1 kasus. Regulasi BPJS Kesehatan tidak diperkenankan pasien berobat ke rumah sakit tanpa menggunakan rujukan , berikut petikan wawancaranya :

Pasien BPJS Kesehatan tidak di perkenankan berobat ke rumah sakit tanpa menggunakan rujukan dari PPK I, sebab rumah sakit sebagai PPK II sehingga pengobatan pasien BPJS Kesehatan harus sesuai regulasi yaitu berjenjang dari PPK I apabila tidak dapat dilayani di PPK I maka PPK I wajib merujuk pasien BPJS Kesehatan ke PPK II (Rumah Sakit) .(DU.1)

Pasien berobat ke RS jika kondisi gawat darurat bisa ke RS melalui IGD, jika tidak gawat darurat melalui Faskes I terlebih dahulu(VB 1)

Tidak diperkenankan karena FKRTL menggunakan rujukan berjenjang (KP)

- 8) Mendapat layanan IGD sehari yang sama dengan diagnosa yang sama sebanyak 1 kasus dengan nilai klaim sebesar Rp.255.000, dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara medik ada 1 kasus. Sesuai Peraturan menteri kesehatan No.76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* Kasus IGD sehari dilayani di IGD dua kali sehari dengan diagnosa yang sama berikut petikan wawancaranya :

Dokter IGD sudah cukup paham tentang diagnosis yang tidak dijamin BPJS oleh karena sudah tersedia catatan tentang diagnosis apa saja yang bisa dijamin BPJS di IGD, apabila diagnosis pasien di IGD termasuk yang tidak dijamin dokter IGD akan menginformasikan bahwa pelayanan tidak dapat dijamin oleh BPJS. (DU.1)

IGD sehari 2x dengan diagnosa yang sama bisa, misal kondisi Asthma, jam 09.00 pagi pasien asthma kondisi stabil dipulangkan, sore hari jam 18.00 asthma kambuh lagi dan masuk IGD lagi, pasien tetap dilayani. (VB.2)

- 9) Pasien pulang APS (Atas Permintaan Sendiri) tanpa indikasi Medis , dengan jumlah kasus 1 dengan nilai klaim sebesar Rp.165.400,dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara administrasi ada 1 kasus.Sesuai dengan aturan yang telah di

tetapkan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional, telah jelas diatur tentang rujukan berjenjang, dari PPK I dan apabila PPK I tidak bisa menangani maka harus dirujuk ke PPK II, bila Pasien berobat ke rumah sakit tanpa menggunakan rujukan, menurut kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional bagaimana ketentuannya bila tidak sesuai dengan regulasi JKN , berikut wawancaranya :

Pasien tidak diperkenankan berobat kerumah sakit tanpa menggunakan rujukan karena rumah sakit adalah fasilitas kesehatan tingkat kedua, sebelum ke fakes dua harus berobat ke faskes satu terlebih dahulu, untuk mendapatkan pelayanan medis peserta harus mengikuti prosedur rujukan berjenjang mulai dari faskes I(klinik, puskesmas,dokter praktek) yang terdaftar di kartu KIS. Kemudian bila penyakit pasien diluar kompetensi dokter umum, faskes tingkat pertama akan merujuk ke faskes lanjutan sesuai rayon. (KD.1)

Prosedur regulasi dan klaim BPJS Kesehatan dari sisi administrasi kepesertaan pasien hanya memperlihatkan KTP , kartu BPJS dan rujukan PPK I, dari segi kebijakan JKN tidak diperbolehkan , hanya karena saat pendaftaran tidak detail.(PD.1))

- 10) Kasus pasien kehamilan normal USG lebih dari 4 kali tidak dijamin sesuai dengan SE.No.8246/III.2/0816, dengan 1 kasus nominal klaim sebesar Rp.454.900, dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara medik ada 1 kasus. Sesuai dengan Surat Edaran dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan

Nasional layanan kesehatan harus sesuai dengan prosedur ,
berikut petikan wawancaranya :

Menurut saya untuk penjaminan harus sesuai dengan kebutuhan pasiennya karena untuk kehamilan normal di USG 4 x sudah baik, dan pasien tidak terdapat masalah pada kehamilannya (DU.1)

11) Non prosedur tidak ada riwayat opname dengan BPJS Kesehatan, dengan 1 kasus nominal klaim sebesar Rp.165.400,dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara administrasi ada 1 kasus. Prosedur tentang Jaminan Kesehatan Nasional sudah jelas bahwasannya untuk mendapatkan layanan kesehatan harus sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan, bila pasien berobat ke rumah sakit tanpa menggunakan rujukan , apa yang akan dilakukan terkait hal tersebut, berikut petikan wawancara :

Tidak diperkenankan, jika ditemukan kasus seperti itu diberi penjelasan secara halus bahwa aturan rumah sakit dan regulasi kemenkes melarang hal tersebut, meminta pasien untuk dibawa. (KP)

12) Pasien dua kali rawat inap klaimnya dijadikan satu episode dengan jumlah kasus 3 buah dengan total nilai klaim sebesar Rp.12.068.800 dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara medik ada 3 kasus.Injeksi Intraarticular rawat inap akan tetapi di bayarkan rawat jalan sebanyak 1 kasus dengan

nilai klaim sebesar Rp.4.202.400 dengan penyebab klaim tidak layak bayar secara medik ada 1 kasus, Sesuai dengan Jaminan Kesehatan Nasional bahwa klaim yang dapat dijamin adalah klaim dengan diagnosa akhir dan sesuai dengan indikasi medis yang telah ditetapkan oleh dokter penanggung jawab pasien, Klaim tidak layak bayar 2016 pada kasus *Thyroid* pembiayaannya hanya bisa untuk rawat jalan saja berikut petikan wawancaranya :

BPJS Kesehatan tidak tahu produk yang tidak layak bayar tersebut, mereka tidak tahu produk mediknya, tindakan itu paling baik dikonfirmasi ke DPJP kemudian di konfirmasi lagi aspek medico legalnya siapa yang berhak memutuskan hal tersebut, kalo misal di IRNA dokter ahlinya hanya 2 orang , DPM-nya tdk ada yang menguasai produk tersebut, konfirmasinya ke siapa, na.....itu BPJS Kesehatan tidak punya. (DS.1)

Untuk kasus thyroid, kita juga harus melihat dari keselamatan pasien, karena tindakan itu adalah tindakan yang beresiko intervensi , seumpama tidak terbayarkan kita akan melakukan koordinasi permasalahannya dimana kita cari solusi bersama, mungkin kita lengkapi persyaratan agar tidak terjadi lagi klaim tak layak bayar.(KM)

Sesuai permintaan dari BPJS jadi RS diminta membuat Justifikasinya kriterianya seperti apa, untuk yang boleh diranapkan atau hanya layanan rajal, dan juga semua harus tertuang dalam PPK dan CP (DM)

Apakah setiap tindakan yang dilakukan DPJP klaimnya sudah sesuai dengan CP, spo, PPK apakah sudah sesuai semua dengan prosedur sehingga klaim bisa dibayar?

- 13) Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional harus terimplementasi dengan baik dari seluruh layanan yang ada di rumah sakit, dari dokter umum, Dokter Penanggung Jawab Pasien, Perawat dan seluruh jajaran rumah sakit, agar layanan kesehatan di rumah sakit dapat di implementasikan dengan baik, berikut petikan wawancara :

Kebijakan tentang secara general tahu, tetapi secara detail dan teknis kurang tahu, harusnya kebijakan awal dokter berpraktek di rumah sakit harus mendapat surat penugasan yang didahului dengan pelatihan manajemen JKN secara medis.(DS.1)

Mengenai regulasi BPJS kita sudah melakukan sosialisasikan apabila ada surat atau pemberitahuan terkait SK, atau edaran mengenai aturan aturan bpjs kita akan mendisposisikan ke instalasi atau dibawah direktorat medik dan keperawatan yang terkait. Kemudian indikator kephahaman, sudah dilaksanakan dalam pelayanan bisa dilihat dari klaim tak layak bayar yang semakin lama semakin sedikit(KM)

Ya, untuk klaim tidak layak bayar bisa dijadikan sebagai indikator yang mana itu sudah tersosialisasikan kepada para pemberi pelayanan, ya untuk klaim tidak layak bayar bisa dijadikan sebagai indikator yang mana itu sudah tersosialisasikan kepada para pemberi pelayanan(DM)

Ada laporan secara rutin tiap bulan untuk klaim tidak layak bayar ke atasan langsung, nanti untuk tindak lanjut ke direktorat lain sesuai dengan SOTK, sudah di tindak lanjut untuk klaim tidak layak bayar tersebut. (KP)

- 14) Untuk kelancaran pelaksanaan tugas di lapangan harus ada Standard Operasional Prosedur untuk Implementasi Jaminan

Kesehatan Nasional, untuk layanan klaim tidak layak bayar, sehingga kasus yang sama tidak terulang kembali, berikut petikan wawancara :

Untuk klaim tidak layak bayar untuk saat ini tetap dilaporkan tetapi untuk rutin pelaporannya belum dilakukan, hanya beberapa kasus saja, SPO nya belum ada.(KM)

Sudah ada pelaporannya untuk SPO belum ada, dan belum di tindaklanjuti secara detail.(DM)

*Ada laporan secara rutin tiap bulan untuk klaim tidak layak bayar ke atasan langsung, nanti untuk tindak lanjut ke direktorat lain sesuai dengan SOTK, sudah di tindak lanjut untuk klaim tidak layak bayar tersebut.
(KP)*

15) Dengan adanya Jaminan Kesehatan Nasional yang telah ditetapkan oleh pemerintah yang dikelola oleh BPJS Kesehatan sejak Tahun 2014, perlu adanya tupoksi Kendali Mutu Kendali Biaya Rumah Sakit dan Manajemen Medis untuk keterkaitan dengan klaim tidak layak bayar, berikut petikan wawancaranya :

Dua – duanya, aspek dari KMKB maupun dari Direktur Medik Dan Keperawatan, jadi kendali tetap ada di Direktur, secara teknis dilakukan KMKB, tetapi secara mutu dilakukan di Komite Medik. di Rumah Sakit Struktur Organisasi Kelompok Staf Medis belum ada, tidak diperdayakan dengan baik, Komite Medik tidak difungsikan staf ahli Direktur Utama untuk mengelola dari masalah KMKB.(DS.1)

Proses penagihan sebelum sebelum diserahkan ke BPJS Kesehatan untuk di tanda tangani Dirut, untuk klaim layak bayar dan tidak layak bayar digeser ke Tim Kendali Mutu Dan Kendali biaya rumah sakit, kalau permasalahan pada diagnosa dan koding bisa di geser ke Direktorat Medik Dan Keperawatan dan untuk obat dan Clinical Privelage atau kewenangan klinis seperti obat, injeksi OA penentuan yang berwenang dari dokter Dalam, Syaraf atau rehab Medik penentuannya.(KM)

- 16) Kelengkapam resume medis dan ketepatan koding akan mempengaruhi nilai rupiah dalam klaim, ke BPJS Kesehatan dibutuhkan kefahaman dari dokter terkait dengan hal tersebut :

Sebagian besar sudah tapi masih ada beberapa dokter yang belum memahami(DM)

Ya, laporan KLPCM dari Instalasi Rekam Medik dijadikan untuk dasar pengambilan keputusan dari jajaran Dirmed terkait sosialisasi tentang pengisian resume oleh DPJP bahwa resume medis mempengaruhi koding ICD nya dan kelengkapan resume (KM)

B. PEMBAHASAN

1. Klaim tidak layak bayar layanan Non jiwa tahun 2106 :

Klaim tidak layak bayar terjadi ada beberapa faktor salah satunya adalah komunikasi, struktur komunikasi yang saling berhubungan mengklasifikasikan proses informasi yang dapat membantu manajer dalam mengkoordinasikan bagiannya untuk merubah perilaku dalam mencapai tujuan organisasi sebagai dasar yang berkesinambungan (Marciareeiello dan Kirby,1994)

Komunikasi juga penting dalam sistim Pengendalian manajemen karena merupakan alat untuk memonitor atau mengamati pelaksanaan manajemen perusahaan yang mencoba mengarahkan pada tujuan organisasi dalam kinerja perusahaan agar kinerja dari perilaku manajer dalam mengelola perusahaan yang akan dipertanggung jawabkan pada stakeholder (Soobaroyen, 2006)

- a. Komunikasi organisasi dalam hal ini adalah klaim tidak layak bayar dimana klaim tersebut setelah di lakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan, maka oleh BPJS Kesehatan akan membuat berita acara serah terima berkas klaim baik yang layak bayar maupun yang tidak layak bayar, dan di tanda tangani oleh Direktur Utama kemudian setelah pengajuan dari rumah sakit klaim yang layak tersebut akan dibayarkan maximal 15 hari kerja oleh BPJS Kesehatan, sebelum ditanda tangani oleh Direktur Utama, harus dilakukan analysis penyebab klaim tidak layak bayar tersebut, apabila dimungkinkan, maka ada klaim yang harus diperbaiki bisa dikoordinasikan internal dengan membuat SOP tentang telaah ulang untuk hasil verifikasi BPJS Kesehatan, penunjukan penetapan pelaksanaan SOP tersebut dapat di buat surat keputusan terlebih dahulu untuk tim yang akan ditunjuk.

- b. Untuk klaim tidak layak bayar layanan non jiwa tahun 2016 dengan jumlah total Layanan rawat jalan 279 kasus dengan nominal klaim sebesar Rp.62.040.900, Jumlah Total Rawat inap 4 kasus dengan nominal klaim sebesar Rp.16.271.200, Jumlah Total klaim tidak layak bayar tahun 2016 ada 283 kasus dengan jumlah total sebanyak Rp.78.312.200, dapat di sampaikan bahwa, Hasil penelitian kali ini dapat menyampaikah bahwa komunikasi memegang peranan yang sangat penting dalam organisasi yang dalam hal ini adalah dari RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang, adapun sumber penelitian ini dari Instalasi Penjaminan Kesehatan, Instalasi Rekam Medik, Hasil verifikasi dari BPJS Kesehatan, dapat kami sampaikan pula bahwa sosialisasi tentang Jaminan Kesehatan Nasional telah dilakukan akan tetapi sosialisasi tersebut belum maximal secara berjenjang dan khususnya Staf fungsional medis tidak detail di sampaikan, hanya secara garis besar saja mengetahui tentang kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional tersebut.
- c. Klaim tidak layak bayar dengan kasus terbesar sebanyak 235 kasus ada pada satu episode perawatan rawat jalan dan tindakan penunjang, kedua klaim tersebut diajukan semua akan tetapi hasil verifikasi BPJS Kesehatan klaim harus digabungkan , satu

episode perawatan pada Poliklinik anak sebanyak 1 kasus, Poliklinik bedah ada 17 kasus, Poliklinik Dalam ada 24 kasus, Poliklinik jiwa ada 7 kasus, Poliklinik Kulit ada 2 kasus, Poliklinik Obsgin ada 4 kasus, Poliklinik syarat ada 54 kasus, karena jumlahnya sangat besar untuk kriteria satu episode perawatan harus ada definisi operasional yang jelas, disesuaikan dengan Kebijakan yang berlaku sehingga pegawai terkait mengetahui dengan lebih jelas tentang berkas klaim yang harus digabung dan berkas klaim yang diklaimkan tersendiri.

- d. Untuk diagnosa bukan gawat darurat ada 36 kasus terdiri dari kasus tidak gawat darurat ada 36 kasus dan rawat inap di hari yang sama 1 kasus, untuk kasus gawat darurat sudah ada kalender gawat darurat untuk panduan dokter umum di rumah sakit.
- e. Klaim tidak layak bayar dengan kasus satu episode rawat jalan ke rawat inap, dimana terjadi klaim rawat jalan dan pasien tersebut harus rawat inap pada hari yang sama atau selisih hari seperti layanan persiapan operasi akan tetapi hasil verifikasi BPJS Kesehatan klaim harus digabungkan sebanyak 119 kasus terdiri dari Poliklinik anak ada 2 kasus, poliklinik bedah ada 70 kasus, poliklinik Dalam ada 13 kasus, Poliklinik gigi ada 1 kasus, poliklinik Obsgin 31 kasus, poliklinik Syaraf 2 kasus, dalam hal

ini satu episode perawatan pasien rawat jalan dan rawat inap tidak pada hari yang sama akan tetapi klaim tetap digabungkan, definisi operasional tentang episode perawatan juga harus ada kesepakatan bersama antara pihak rumah sakit dan pihak BPJS Kesehatan disesuaikan dengan kebijakan yang berlaku.

- f. Pada kasus pasien tidak mendapatkan obat saat pasien telah bertemu dengan dokter sudah di berikan obat dan oleh dokter diperintahkan untuk mendapatkan layanan penunjang pada hari yang lain, dan dokter tidak memberikan obat lagi pada saat pembacaan layanan penunjang, sehingga klaim tidak layak bayar, ada 2 kasus terdiri dari poliklinik anak ada 1 kasus poliklinik dalam 1 kasus harus ada kesepakatan untuk identifikasi klaim yang harus digabungkan dalam episode perawatan, sehingga petugas lapangan dapat menggabungkan klaim tersebut dengan mudah.
- g. Pasien tidak ada rujukan karena saat rawat inap pasien tersebut cara bayar cash dan mendapat surat perintah kontrol, seharusnya harus ke PPK I terlebih dahulu bila menggunakan jaminan BPJS Kesehatan ada 4 kasus terdiri dari poliklinik anak ada 1 kasus poliklinik dalam 1 kasus , Obsgin 1 kasus, syaraf 1 kasus saat diharuskan kontrol berikutnya ada cap sebagai peserta BPJS

Kesehatan agar dapat membantu petugas pendaftaran untuk identifikasi kepesertaan.

- h. Saat pasien datang ke rumah sakit hanya meminta rujukan penuh ke rumah sakit lain tidak diperkenankan karena tidak sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan dalam program jaminan Kesehatan Nasional ada 1 kasus.
- i. Pasien kontrol tidak menggunakan Z, Verifikator BPJS Kesehatan dapat melakukan klarifikasi dan koordinasi terlebih dahulu ke rumah sakit dan koding tersebut dapat direvisi, sehingga dapat layak bayar, komunikasi antar rumah sakit dan BPJS Kesehatan dapat lebih dioptimalkan.

2. Komunikasi Sikap hasil wawancara :

- a. Komunikasi Pimpinan RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang

Secara umum sikap mempunyai 3 komponen yakni kognitif,afektif, dan kecenderungan tindakan (Morgan dan King , 1975; Krech dan ballacy, 1963, howard dan klendler 1974, Gerungan 200) . komponen kognitif merupakan sikap yang berkenaan dengan subyek atau obyek terhadap penilaian individu , setiap orang mempunyai sikap yang berbeda-beda terhadap suatu obyek dan tergantung pada individu masing-masing adanya pengetahuan , pengalaman selama berorganisasi, bakat, minat dan

intensitas lingkungan dan perasannya terhadap suatu permasalahan kinerjanya. Definisi dari sikap adalah suatu kecenderungan menolak atau menyetujui sehingga sikap positif dan negatif sikap positif sendiri saat seseorang menerima rangsangan yang menyenangkan dia akan bersikap positif dan apabila sikap negatif akan muncul rangsangan yang tidak menyenangkan.

Hasil penelitian ini dapat kami sampaikan bahwa pimpinan telah mendapat informasi terkait dengan klaim tidak layak bayar layanan non jiwa tahun 2016, dan dengan melihat kasus tersebut diatas bahwa pimpinan rumah sakit telah melakukan sosialisasi akan tetapi tidak disampaikan secara berjenjang dari pimpinan rumah sakit sampai dengan pelaksana di lapangan.

b. Sikap Pimpinan RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang

Untuk mencapaisuatu tujuan organisasi dalam hal ini di harapkan klaim semua akan terbayarkan oleh BPJS Kesehatan, akan tetapi dengan adanya klaim tidak layak bayar ini memang dibutuhkan suatu kesepakatan dan kesefahaman untuk menterjemahkan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional khususnya di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang. Pimpinan rumah sakit telah paham terkait dengan aturan dari BPJS Kesehatan dan

telah mendapat informasi laporan rutin untuk klaim tidak layak bayar tersebut akan tetapi belum di lakukan tindak lanjut secara komprehensif, sosialisasi telah dilakukan secara berjenjang akan tetapi kurang mengena pada jajaran teknis pelaksana di lapangan, sehingga muncul suatu permasalahan yang merugikan rumah sakit itu sendiri.

c. Dokter RSJ Pof.Dr.Soerojo Magelang

Adapun sikap dari dokter terkait dengan klaim yang diragukan untuk tindakan berkeinginan, untuk dikonfirmasi ke DPJP kemudian di konfirmasi lagi aspek *medico legalnya*. kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional secara general dokter sudah paham, akan tetapi secara detail dan teknis belum tersosialisasikan dengan baik., kebijakan awal tentang implementasi Jaminan Kesehatan Nasional dokter berpraktek di rumah sakit harus membuat surat penugasan yang didahulu dengan pelatihan manajemen JKN secara medis. Bila secara medis ditemukan klaim tidak layak bayar disertai dengan dokumen, sehingga menjadi aspek audit terhadap manajemen medis di rumah sakit, dari Direktorat Medik dan Keperawatan.

Tim Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Rumah Sakit, Kendalinya ada pada Direktur Utama dan Mutunya ada pada

Komite Medik, peran serta dari komite medik, Kelompok Staf Medis terkait dengan klaim yang tidak layak bayar belum ada struktur organisasi dan tidak diperdayakan dengan baik, Komite Medik sebagai staf ahli tidak difungsikan dengan baik oleh Direktur Utama untuk mengelola permasalahan tersebut.

Klaim tidak layak bayar diharapkan muncul dokumen yang mengakibatkan klaim tidak layak bayar dari Instalasi terkait yang mengelola klaim, bila screening muncul masalah teknis medis akan dilanjutkan Direktorat Medik Dan keperawatan, dan apabila berhubungan dengan teknis klaim, dapat berkoordinasi dengan koding dan teknis terkait lainnya.

Rumah sakit merubah struktur organisasi yang berhubungan dengan kendali mutu dan kendali biaya rumah sakit

d. Sikap koder RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang

Regulasi tentang jaminan Kesehatan Nasional telah dipahami oleh petugas koding rumah sakit, akan tetapi koder butuh pelatihan bersama dengan verifikator BPJS Kesehatan, sehingga ada kesepahaman terkait dengan kaidah koding yang telah ditetapkan, koding pasien baru sebagai peserta BPJS Kesehatan dan koding rumah sakit karena pasien tersebut sebenarnya adalah pasien lama, terkait dengan kendala yang akan

di koding akan sangat menyulitkan bila layanan penunjang belum bisa disertakan, karena hasil layanan penunjang butuh proses waktu yang lama, sehingga terjadi ketidak tepatan koding diagnosa dari dokter apabila tidak disertakan layanan penunjang tersebut, tulisan dokter yang tidak jelas, diagnosis pada resume medis dan lembar *case mix* beda karena dalam lembar *case mix* dalam penulisannya kurang lengkap minimalnya tenaga koding yang kompeten sehingga dibutuhkan pelatihan yang komprehensif, butuh komitmen bersama agar ketepatan koding dapat tercapai maksimal.

- e. Sikap Kepala Instalasi Penjaminan Kesehatan RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang of.Dr.Soerojo Magelang.

Jajaran di Instalasi Penjaminan Kesehatan telah paham terkait dengan regulasi Jaminan Kesehatan, akan tetapi memang dibutuhkan koordinasi yang berkesinambungan antara pihak RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang dan pihak BPJS Kesehatan , sehingga dapat meminimalisir klaim yang tidak layak bayar terulang lagi, telah dilakukan laporan rutin ke pimpinan terkait dengan klaim yang tidak layak bayar tersebut, dalam pelaksanaan teknis dilapangan petugas verifikator internal rumah sakit akan melakukan pembetulan kesalahan baik kaidah koding maupun

regulasi secara administrasi yang harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dan apabila ada klaim yang tidak layak bayar akan melakukan telusur penyebab klaim tersebut kenapa tidak layak bayar tersebut, untuk petugas koding rumah sakit harus meningkatkan kompetensi dan reminder berupa pelatihan sehingga penetapan koding lebih akurat.

f. Sikap Petugas Administrasi Pendaftaran RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang

Telah memahami terkait dengan regulasi tentang Jaminan kesehatan Nasional, mana yang dapat dijamin dan mana saja yang tidak dapat dijamin, dalam kelancaran pelaksanaan administrasi pendaftaran sangat berperan penting sebagai ujung tombak awal pelayanan sampai dengan pengajuan klaim, petugas pendaftaran harus melakukan verifikasi syarat kepesertaan BPJS Kesehatan, ketepatan tanggal control pasien BPJS Kesehatan, memastikan keaktifan kartu BPJS Kesehatan, melakukan filter rujukan berjenjang dari rumah sakit lain, dan kinerja petugas pendaftaran sudah semakin baik dengan minimnya keluhan dari masyarakat, apabila ada kendala petugas administrasi pendaftaran akan berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan, akan tetapi petugas BPJS Kesehatan hanya ada satu minggu sekali sehingga

komunikasi melalui media selular atau chat, dan hal tersebut memperlambat pelayanan di rumah sakit.

g. Sikap BPJS Kesehatan

Dalam hal uji kompetensi petugas verifikator BPJS Kesehatan telah mengikuti pelatihan dan pendidikan Verifikator BPJS Kesehatan, pelatihan koding INA CBG'S BPJS Kesehatan , dan melakukan evaluasi dengan mengikuti ujian pemahaman verifikator sedangkan dikantor cabang masing masing akan melakukan *Best Practice Sharing*, sebelum terjun ke suatu pekerjaan bidang apapun itu, harus tahu dan memahami regulasi yang berlaku, dan hal tersebut sebagai dasar kita dalam mengambil keputusan dan menyelesaikan permasalahan yang ada, dokter rumah sakit sudah paham dengan kasus-kasus Petugas koding rumah sakit sudah paham tentang kasus koding INA CBG.S., dan tindakan yang sudah ada Chlinical Pathway, Standar Operasional Prosedur, dan Panduang Praktek Klinik jika sudah sesuai dengan hal tersebut diatas dapat layak bayar, jika kondisi pending klaim dan tidak layak bayar bisa dikarenakan beberapa hal, karena membutuhkan hasil telaah dari Dewan Pertimbangan Medik BPJS Kesehatan, dan apabila masih ada dokter yang SIP

dokter habis, masih melakukan praktek klinik maka klaim tersebut menjadi klaim tidak layak bayar.

- h. Standard Operasional Prosedur untuk layanan Jaminan Kesehatan Nasional di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang.

Untuk Standard Operasional Prosedur di RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang, yang sudah ada SOP dan Chelist syarat administrasi klaim, rumah sakit juga membutuhkan SOP untuk Klaim tidak layak bayar, tatacara pelaksanaan SOP untuk verifikasi klaim, SPO teknis pengkodean untuk pasien lama dan pasien baru, SOP keterlibatan dari Tim Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Rumah Sakit terkait dengan layanan Jaminan Kesehatan Nasional sangat dibutuhkan untuk pelaksanaan berhasilnya klaim Jaminan Kesehatan Nasional dapat dibayarkan secara keseluruhan.

Usulan bagi Manajemen Rumah Sakit :

1. Dibentuk Tim Manajemen INA CBG'S dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, dimana Tim tersebut bertugas untuk mengendalikan semua pelaksanaan JKN di Rumah Sakit.
2. Dapat di optimalkan Tim Froud, Tim Kendali Mutu Dan Kendali Biaya RS, Komite Medik, Staf Fungsional Medik dan

yang terkait lainnya untuk meminimalisir klaim tidak layak bayar tersebut terulang kembali pada kasus yang sama.

3. SPO dan Alur proses penyelesaian klaim tidak layak bayar di RSJ.Prof.Dr.Soerojo Magelang.