

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Rumah Sakit

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan rumah sakit milik Pimpinan Pusat Muhammadiyah yang didirikan pada tanggal 15 Februari 1923 atas inisiatif K.H. Sudjak dan didukung oleh pendiri Muhammadiyah yaitu KH. Ahmad Dahlan. Pada awal berdirinya masih berupa klinik rawat jalan yang sederhana yang berlokasi di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Semula bernama Penolong Kesengsaraan Oemoem (PKO) dengan tujuan menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum *dhuafa* khususnya yang sedang sakit dan tidak mampu berobat.berjalannya waktu, nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat).

RS PKU Muhammadiyah merupakan salah satu amal usaha Muhammadiyah bidang kesehatan melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 01/PED/I.0/B/2011 Tentang Pedoman Amal Usaha Muhammadiyah bidang Kesehatan (AUMKES). Dalam Surat Keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya adalah terwujudnya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dalam mencapai maksud dan tujuan Persyarikatan Muhammadiyah, inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

RS PKU Muhammadiyah telah lulus akreditasi Paripurna versi tahun 2012 pada tanggal 5 Januari 2016 melalui SK Komisi Akreditasi Rumah Sakit nomor : KARS-SERT/186/I/2016 dan Rumah Sakit dengan klasifikasi B non Pendidikan yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.03.05/I/1161/2011 tanggal 12 Mei 2011. Pada aspek implementasi sistem manajemen mutu, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2000 pada bulan Agustus tahun 2008, dan telah dilakukan Resertifikasi ISO 9001:2008 pada tanggal 18 November 2010, di seluruh unit pelayanan dan penunjang medik.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki Visi, Misi, Tujuan dan Moto organisasi adalah sebagai berikut :

1. Visi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah :

Menjadi rumah sakit Muhammadiyah rujukan terpercaya dengan kualitas pelayanan yang Islami, bermutu dan terjangkau.

2. Misi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah :

a. Memberikan pelayanan kesehatan paripurna bagi semua lapisan masyarakat sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan.

b. Menyelenggarakan upaya peningkatan mutu Sumber Daya Insani melalui pendidikan dan pelatihan secara profesional yang sesuai ajaran Islam

- c. Melaksanakan da'wah Islam, amar ma'ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan, yang peduli pada kaum dhuafa'.
3. Tujuan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah :
Pertumbuhan dan perkembangan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang mampu mendukung tersedianya sarana dan jasa pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi bagi kebutuhan semua lapisan masyarakat
 4. Moto RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah :
AMANAH dalam Pelayanan
(Antusias, Mutu, Aman, Nyaman, Akurat, Handal)

B. Hasil Penelitian

1. Data Responden Penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah pegawai yang bekerja sesuai dengan alur pelayanan dan alur dokumen klaim, yang meliputi petugas pendaftaran, petugas coding, keuangan, verifikator internal, tim JKN. Wawancara juga dilakukan terhadap ketua komite medik selaku perwakilan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Adapun karakteristik responden adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Karakteristik responden penelitian

No	Karakteristik	Jumlah	Persentase
1.	Jenis kelamin : - Laki-laki - Perempuan	2 4	33,3 % 66,7 %
2.	Pendidikan : - D3 - S1 - Spesialis	3 2 1	50 % 33,3 % 16,7 %
3.	Jabatan : - Ketua Tim JKN - Ketua Komite medik (DPJP) - Petugas coding - Verifikator internal - Manajer keuangan - Koordinator pendaftaran	1 1 1 1 1 1	16,7 % 16,7 % 16,7 % 16,7 % 16,7 % 16,7 %

Dari data tersebut didapatkan bahwa responden laki –laki sejumlah 2 (dua) orang dan perempuan 4 (empat) orang. Untuk responden dengan latar belakang pendidikan D3 yaitu 3 (tiga) orang, S1 sejumlah 2 (dua) orang dan Spesialis 1 (satu) orang. Sedangkan untuk jabatan masing-masing responden adalah 1 (satu) orang ketua tim JKN, 1 (satu) orang DPJP, 1 (satu) orang petugas coding, 1 (satu) orang verifikator internal, 1 (satu) orang manajer keuangan, 1 (satu) orang koordinator pendaftaran. Total keseluruhan responden adalah sejumlah 6 (enam) orang.

2. Data wawancara pelaksanaan JKN

Dari hasil wawancara terhadap 6 responden untuk pelaksanaan JKN di rumah sakit sebagai berikut :

Tabel 3. Bagaimana pelaksanaan JKN di rumah sakit ?

R	OPEN CODING	AXIAL CODING	TEMA
R1	Pelayanan kadang masih ada kendala tentang klaim yang tertunda, tentang rujukan dan perbedaan pendapat antar PPK 1 dengan PPK 2	Masih ada kendala	Pelaksanaan JKN di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta masih ada hambatan
R2	Semakin membaik walaupun masih ada permasalahan karena program sering berubah	Masih ada permasalahan	
R3	Berjalan lancar namun ada beberapa kendala saat pelaksanaannya	Beberapa kendala	
R4	Secara keseluruhan lancar namun ada beberapa aturan yang berbeda	Aturan yang berbeda	
R5	Masih ada hambatan program bpjs berubah-ubah	Masih ada hambatan	
R6	- Berjalan namun ada hambatan ketidaktahuan penerima jkn terhadap kasus 144 penyakit - Kendala bagi petugas pendaftaran yang basic bukan dari rekam medis.	Masih ada hambatan	

Berdasarkan hasil wawancara dengan 6 (enam) responden didapatkan hasil bahwa seluruh responden menjawab jika masih terdapat hambatan dalam pelaksanaan JKN di rumah sakit. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa pelaksanaan JKN di RS PKU

Muhammadiyah Yogyakarta masih terdapat hambatan. Hambatan dalam pelayanan maupun dalam pelaksanaan program BPJS Kesehatan yang sering berubah-ubah. Hanya responden 6 (R6) yang menjawab selain hambatan dalam pelayanan juga terdapat hambatan bagian SDM.

3. Data wawancara proses klaim

Wawancara dilakukan terhadap 5 (lima) responden kecuali DPJP dikarenakan DPJP tidak terlibat secara langsung dalam alur dokumen klaim. Hasil wawancara terdapat dalam tabel berikut:

Tabel 4. Bagaimana proses klaim di rumah sakit ?

R	OPEN CODING	AXIAL CODING	TEMA
R1	Klaim masih banyak revisi dan ada yang ditidaklayakkan. Pencairan klaim masih lancar namun mundur dari waktu yang dijanjikan	Banyak revisi, klaim mundur	Klaim di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta masih ada kendala
R3	Proses klaim ditemui banyak hambatan dari internal dan eksternal	Hambatan internal dan eksternal	
R4	Adanya kendala dari pihak internal terkait SDM	Kendala SDM	
R5	Tidak semua klaim yang diajukan langsung di bayar, ada yang di pending dan menjadi revisi, bisa revisi 2 kali, kadang dibayar lebih kecil dari klaim yang diajukan.	Klaim revisi	
R6	Kendala beberapa berkas gagal / pending	Berkas pending	

Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh responden dapat ditarik kesimpulan bahwa proses klaim di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta masih terdapat kendala atau hambatan. Hambatan dari pihak internal maupun eksternal, seperti klaim pending dan revisi sehingga menjadikan klaim mundur.

4. Data wawancara kendala dalam proses klaim

Tabel 5. Apa saja yang menjadi kendala dalam proses klaim?

R	OPEN CODING	AXIAL CODING	TEMA
R1	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosa yang dituliskan DPJP tidak dilengkapi dengan penunjang yang sesuai diminta BPJS - penegakkan diagnosa lebih ke klinis - diagnosa tanpa diberikan terapi - rawat inap dengan waktu yang berdekatan dengan diagnosa yang sama - tulisan dokter yang tidak terbaca - ketidaksesuaian coding yang diajukan dengan coding BPJS - kasus readmisi - indikasi rawat inap yang lewat IGD - kasus emergency atau bukan - tindakan rawat inap diminta klaim rawat jalan - aplikasi BPJS kadang error - ketidaklengkapan syarat klaim - pasien dengan jaminan jasa raharja 	<ul style="list-style-type: none"> - kelengkapan rekam medis kurang - SDM DPJP - Aplikasi error - Administrasi kurang lengkap - Perbedaan persepsi 	Kendala dalam proses klaim : <ul style="list-style-type: none"> - Kelengkapan rekam medis kurang - Administrasi kurang - Aplikasi error - Perbedaan persepsi
R2	<ul style="list-style-type: none"> - diagnosa dulu di cover sekarang tidak di cover - dulu rawat inap sekarang harus rawat jalan untuk kasus tertentu 	Regulasi yang berubah	

R	OPEN CODING	AXIAL CODING	TEMA
R3	<ul style="list-style-type: none"> - pemahaman dan persepsi berbeda - aturan coding dan regulasi berbeda, beda coding diagnosa dan tindakan - resume medis belum terisi lengkap - kekurangan persyaratan seperti form emergency, rujukan - tidak ada penunjang - rekam medis belum memuat informasi lengkap - belum melampirkan surat kronologi - kasus seharusnya menggunakan jasa raharja namun pakai BPJS - SEP error sehingga belum tercetak menyebabkan DTA - Diagnosa harus ada terapi - Salah ketik nomor SEP - Salah ketik nomor kartu - Salah ketik tanggal SEP - Seharusnya rawat inap dibuat rawat jalan - Salah ketik kelas rawat inap - Latar belakang pendidikan petugas pendaftaran tidak selini - Pengalaman yang kurang lama - Indikasi rawat inap - Lampiran-lampiran CPPT atau lembar observasi IGD kadang kurang 	<ul style="list-style-type: none"> - Kelengkapan rekam medis kurang - Kelengkapan administrasi - Perbedaan persepsi - SDM - Aplikasi error 	
R4	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil penunjang yang tidak terpenuhi - Pasien pulang dengan konsultasi telepon sehingga resume medis tertunda - Klaim jasa raharja - Alat kesehatan diluar paket 	<ul style="list-style-type: none"> - Kelengkapan rekam medis kurang - Administrasi kurang 	
R5	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosa dan penunjang tidak sesuai - Dokter tidak terpapar diagnosa 	<ul style="list-style-type: none"> - SDM DPJP - Kelengkapan rekam medis 	

R	OPEN CODING	AXIAL CODING	TEMA
	istilah bpjs - Resume medis belum lengkap - Tulisan dokter sulit dibaca	kurang	
R6	- Diagnosa yang tidak terjamin - Salah entry - Kasus kecelakaan menggunakan bpjs - Laporan yang belum terpenuhi, resume medis, laporan operasi, penunjang, diagnosa	- Kelengkapan rekam medis kurang - SDM pendaftaran	

Hasil wawancara dengan seluruh responden didapatkan kesimpulan bahwa penyebab terjadinya kendala dalam proses klaim yaitu ketidaklengkapan rekam medis yang tidak memuat seluruh informasi yang dibutuhkan seperti belum lengkapnya resume medis, belum lengkapnya pemeriksaan penunjang untuk mendukung diagnosa, diagnosa yang ditegakkan namun tanpa diberikan terapi, aplikasi BPJS Kesehatan yang terkadang error sehingga data yang diinput tidak dapat terbaca atau DTA (data tidak ada), adanya administrasi yang kurang lengkap seperti belum adanya lembar kronologis pada kasus trauma, tidak adanya surat keterangan emergency atau surat rujukan, adanya salah ketik tanggal SEP, salah memasukkan kelas rawat inap, salah mengentry nomor kartu. Selain itu adanya perbedaan persepsi antara verifikator BPJS Kesehatan dengan pihak rumah sakit juga menyebabkan kendala dalam klaim.

Perbedaan persepsi terutama dalam melakukan coding suatu penyakit dan prosedur tindakan.

5. Data wawancara dukungan manajemen terhadap proses klaim

Tabel 6. Bagaimana dukungan manajemen rumah sakit terhadap proses klaim?

R	OPEN CODING	AXIAL CODING	TEMA
R1	Panduan ada, SOP ada tapi belum berjalan optimal	Tidak ada SOP	Tidak ada SOP tentang proses klaim BPJS Kesehatan
R3	<ul style="list-style-type: none"> - Sudah dibentuk tim yang terdiri dari keuangan, farmasi, rekam medis - Pelatihan coding - Diikuti seminar - SOP ada tapi tidak spesifik hanya ada SOP alur coding di dalam berkas rekam medis - Belum ada SOP proses klaim sampai verifikasinya 	<ul style="list-style-type: none"> - Ada tim - Pelatihan ada - SOP tidak spesifik 	
R4	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan SOP yang lama - Belum ada SOP khusus penagihan BPJS 	Tidak ada SOP khusus	
R5	Kurang tahu ada SOP atau tidak	tidak tahu	
R6	Kurang paham	Tidak tahu	

Dari wawancara dapat ditarik kesimpulan bahwa dukungan dari manajemen rumah sakit berupa SOP (standar operational prosedur / SPO) maupun kebijakan tentang proses klaim belum ada. Hanya 1 responden yang menyatakan ada SOP dan kebijakan tentang klaim,

namun responden lain menyatakan tidak ada SOP khusus dan 2 responden lain menyatakan tidak tahu tentang SOP tersebut.

6. Data wawancara penyebab dokumen klaim hilang

Tabel 7. Apa penyebab dari dokumen klaim yang hilang ?

R	OPEN CODING	AXIAL CODING	TEMA
R1	Berkas dibawa pulang pasien	Dibawa pulang	Dokumen klaim hilang dikarenakan berkas dibawa pulang oleh pasien
R3	Belum ada cocok-cocokkan dengan pendaftaran dan penetapan biaya	Tidak ada koordinasi	
R4	-	-	
R5	Pasien tidak dapat obat dari poli sehingga berkas dibawa pulang	Berkas dibawa pulang	
R6	- Berkas dibawa pulang pasien	Berkas dibawa pulang	
	- Kurangnya informasi ke pasien		

Dari hasil wawancara tersebut didapatkan hasil bahwa penyebab dokumen klaim yang hilang adalah berkas dibawa pulang oleh pasien dan tidak dikembalikan ke rumah sakit. Hal tersebut terjadi pada pasien yang tidak diberikan obat pulang oleh DPJP sehingga pasien merasa bahwa sudah selesai pelayanan dan langsung pulang tanpa mengumpulkan berkas ke penetapan biaya.

C. Pembahasan

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah bekerjasama dengan BPJS kesehatan dan telah memberikan pelayanan pasien JKN sejak tanggal 1 Januari 2014. Sebelum melaksanakan program JKN, lebih

dulu telah melayani pasien dengan jaminan Askes, Jamkesmas, Jamkesda maupun asuransi lainnya.

Pada awal pelaksanaan program JKN tidak ditemukan adanya kendala dalam pelayanan maupun dalam penagihan klaim. Klaim dapat ditagihkan ke BPJS Kesehatan 1 (satu) bulan setelah pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien tanpa adanya hambatan dalam verifikasi dokumen klaim. Alur pelayanan dan alur dokumen berjalan dengan lancar. Seiring berjalannya waktu, terjadi perubahan aturan dalam penagihan klaim. Verifikator BPJS Kesehatan yang ditempatkan di rumah sakit melakukan verifikasi dengan lebih teliti sesuai dengan acuan dari BPJS Kesehatan sehingga banyak dokumen klaim yang di revisi dan terjadinya adanya klaim *pending*.

Dalam perjanjian kerja sama yang disepakati bahwa penagihan klaim bulan pelayanan diajukan setiap tanggal 10 bulan berikutnya dan dilakukan verifikasi 15 hari kerja sejak dokumen klaim masuk ke BPJS kesehatan sehingga pembayaran klaim ke rumah sakit jatuh pada bulan ke tiga. Dokumen klaim yang di revisi menjadi klaim *pending* dan diikutkan penagihan pada bulan berikutnya atau setelah diverifikasi bisa menjadi klaim tidak layak bayar jika persyaratan tidak terpenuhi. Beberapa kasus yang kemudian menjadi klaim *pending* selama berbulan-bulan dan hampir mendekati masa kadaluarsa klaim yaitu 2 (dua) tahun.

Dalam buku petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan terdapat empat aspek verifikasi yang harus dilengkapi untuk mendapatkan klaim. Jika salah satu tidak terpenuhi maka menyebabkan klaim *pending*. Empat aspek tersebut ialah verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan, dan verifikasi menggunakan *software* verifikasi.

1. Verifikasi administrasi kepesertaan

Verifikasi administrasi meliputi Surat Elegibilitas Peserta (SEP), bukti pelayanan yang terdapat diagnosis dan prosedur, bukti pendukung klaim luar paket seperti alat bantu kesehatan misalnya kacamata, alat bantu dengar, kruk dan korset yang harus disertai resep. Obat yang ditagihkan di luar paket INA CBG's yaitu obat kemoterapi yang harus disertai dengan protokol terapi. Selain itu, kesesuaian SEP dengan kepesertaan dalam INA CBG's juga menjadikan syarat dalam verifikasi administrasi.

Dari hasil wawancara didapatkan bahwa terjadi kendala dalam proses klaim salah satunya dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, baik itu kesalahan dalam memasukkan nomor kartu BPJS, kesalahan dalam mengentry tanggal SEP, kesalahan dalam memasukkan nomor SEP, salah ketik kelas rawat inap, ketidaklengkapan form emergency, administrasi COB (coordination

of benefit) dengan jasa raharja untuk kasus kecelakaan lalu lintas. Jika hal tersebut tidak terpenuhi maka menjadikan klaim pending dan harus dilakukan revisi.

Persyaratan klaim berupa surat rujukan dari FKTP atau surat keterangan *emergency* dari IGD, fotokopi kartu BPJS Kesehatan, fotokopi KTP, fotokopi Kartu Keluarga, fotokopi KTP orang tua bagi pasien anak-anak. Semua persyaratan tersebut harus ada sebelum pasien mendapatkan pelayanan di poliklinik. Kecuali pelayanan gawat darurat di IGD maka persyaratan dapat dikumpulkan dikemudian hari. Untuk pasien yang dari IGD dan dilakukan rawat inap maka persyaratan harus diselesaikan dalam waktu 2x24 jam sejak pasien masuk. Jika pasien tidak dapat memenuhi persyaratan tersebut maka akan menjasi pasien umum.

Kesalahan dalam melakukan entry data seperti nomor SEP maupun nomor kartu dapat disebabkan banyaknya antrian pasien di bagian pendaftaran, selain itu pengalaman dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap hasil data. Diketahui bahwa petugas pendaftaran tidak ada yang berlatar belakang pendidikan rekam medis yang mana seharusnya pendaftaran merupakan bagian dari rekam medis dan berpendidikan rekam medis. Dari 9 (Sembilan) orang petugas pendaftaran dengan latar belakang pendidikan yang

beragam seperti lulusan pendidikan matematika 1 (satu) orang, biologi 1 (satu) orang, sarjana kesehatan masyarakat 1 (satu) orang, manajemen rumah sakit 1 (satu) orang, teknik elektro 1 (satu) orang, pariwisata 1 (satu) orang, kebidanan 3 (tiga) orang. Petugas pendaftaran merupakan pegawai yang dikontrak oleh pihak ketiga sehingga dalam perekrutan tidak memenuhi standar rekam medis. Sumber Daya manusia (SDM) merupakan salah satu komponen yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan sebuah sistem. SDM yang handal dibutuhkan didalam mengelola data dan informasi kesehatan, sehingga kualitas informasi yang didapatkan oleh rumah sakit akan efektif (taliana,2015). Penurunan kinerja karena kurangnya pengetahuan karyawan yang menyebabkan karyawan tidak mengetahui informasi yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan atau tidak tahu cara melaksanakan tanggung jawab, juga disebabkan kurangnya ketrampilan, meskipun seseorang secara intelektual memahami cara untuk melakukan pekerjaan, tetapi tidak memiliki ketrampilan untuk melakukan hal ini dapat mempengaruhi kinerja (taliana,2015)

Pada kasus kecelakaan lalu lintas, maka BPJS Kesehatan sebagai penjamin kedua. Petugas pendaftaran dan dokter IGD harus teliti dalam memilah kasus kecelakaan dan trauma. Dalam dokumen

rekam medis, dokter harus menuliskan kejadian yang dialami pasien dalam lembar anamnesa. Setiap kasus kecelakaan dan trauma maka pasien harus menuliskan lembar kronologis. Dari hasil itu maka dapat ditentukan penjaminan pasien menggunakan jasa raharja atau BPJS Ketenagakerjaan atau BPJS Kesehatan. Adanya kelolosan administrasi dari pendaftaran rawat jalan maupun rawat inap karena kurang paham tentang diagnosa yang diberikan oleh dokter IGD sehingga pasien tidak melengkapi persyaratan dengan lembar kronologis. Bagi pasien yang telah mengurus Jasa raharja, jika tagihan lebih dari 20 juta maka sisanya dijamin oleh BPJS kesehatan. Jika kecelakaan yang dialami pasien adalah kecelakaan tunggal dan tidak terjamin oleh jasa raharja maka dapat ditagihkan ke BPJS Kesehatan. Namun seringkali pengurusan berita acara dari kepolisian dan surat dari jasa raharja membutuhkan waktu yang lama sehingga terjadi klaim *pending* ke BPJS Kesehatan untuk kasus yang tagihan rumah sakit diatas 20 juta atau yang ditolak oleh jasa raharja. Selain itu adanya kasus kecelakaan yang dikirim dari FKTP dengan surat rujukan dan masuk ke poliklinik menjadikan klaim *pending* karena pasien harus mengurus jasa raharja terlebih dahulu.

2. Verifikasi administrasi pelayanan

Verifikasi administrasi pelayanan meliputi kelengkapan resume medis, kesesuaian tindakan operasi dengan operator, diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh DPJP. Dari hasil wawancara didapatkan kesimpulan bahwa salah satu yang menyebabkan klaim pending adalah ketidaklengkapan rekam medis, yang mana di dalam rekam medis memuat informasi tentang penyakit dan tindakan terhadap pasien.

Rekam medis menurut Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan yang telah diberikan (Ridho, 2013). Resume medis merupakan bagian dari rekam medis. Resume medis berisi ringkasan seluruh perjalanan penyakit selama masa perawatan dan pengobatan serta tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien. (budiarto,2017). Sesuai dengan standar akreditasi, bahwa resume medis berisi identitas pasien (nama, nomor rekam medis, tanggal lahir), keluhan utama, anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosa utama, diagnosa sekunder, tindakan medis, terapi, keadaan pulang, terapi yang diberikan saat pulang, waktu kontrol, tanda tangan dokter dan tanda tangan pasien. Resume medis dibuat rangkap 3 yang mana lembar

pertama untuk dokumen rekam medis, lembar kedua untuk pasien dan lembar ketiga untuk penjaminan.

Resume medis harus diisi lengkap oleh dokter saat pasien pulang dalam keadaan apapun. Ada 5 jenis keadaan pulang yaitu sembuh, baik, meninggal, rujuk, APS (pulang atas permintaan sendiri). Resume medis dikatakan lengkap jika seluruh aspek dipenuhi. Jika pasien pulang dalam keadaan meninggal atau dirujuk maka kolom obat dibawa pulang dan waktu kontrol diisi dengan garis strip, jika dikosongkan maka dianggap tidak diisi dan tidak lengkap. Dalam kebijakan rekam medis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta bahwa dokumen rekam medis harus diisi dengan lengkap dan dikembalikan ke maksimal 2x24 jam setelah pasien pulang. Hal tersebut sesuai dengan permenkes no 269 tahun 2008 bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas ataupun secara elektronik. Rekam medis bukan hanya untuk kelengkapan klaim namun juga untuk menunjang tertib administrasi. (budiarto,2017) Sedangkan kegunaan rekam medis menurut hatta dalam budiarto, 2017 adalah :

- a. Administrasi data serta informasi yang dihasilkan dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya pengelolaan berbagai sumber daya.

- b. Hukum/Legal, sebagai bukti hukum yang dapat memberikan perlindungan hukum terhadap pasien, dokter, perawat, fisioterapi, ahli gizi dan tenaga kesehatan lainnya serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan.
- c. Keuangan/Financial, setiap jasa yang diterima oleh pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar akan dapat digunakan untuk menghitung biaya yang harus dibayar pasien. selain itu juga dapat digunakan untuk memperkirakan pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.
- d. Research, berbagai macam penyakit yang telah dicatat ke dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk melakukan penelusuran guna kepentingan pendidikan dan penelitian.
- e. Education, para mahasiswa atau pendidik atau peneliti dapat mempelajari dan mengembangkan ilmunya dengan menggunakan dokumen rekam medis.
- f. Sejarah/dokumentasi, Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menjadi sumber daya ingatan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Dalam penelitian yang dilakukan Budiarto, 2017 dan Taliana, 2015 bahwa permasalahan klaim yang tertinggi adalah pada aspek

dokter tidak mengisi rekam medis secara lengkap. Tingkat kepatuhan pengisian rekam medis rendah karena perilaku dokter, kurangnya kerjasama dokter dengan perawat, tidak adanya sanksi untuk dokter dan kurang berjalannya SOP (budiarto,2017) serta keterbatasan waktu (ridho, 2013), selain itu banyaknya rekam medis yang tidak dikembalikan tepat waktu menjadi salah satu hambatan dalam klaim (taliana, 2015)

Dari hasil observasi ditemukan adanya resume medis tidak terisi oleh dokter yaitu pada kasus pasien yang meninggal, pasien yang dirujuk, pasien pulang atas permintaan sendiri (APS), pasien yang diperbolehkan pulang oleh DPJP lewat telepon. Dari resume medis ditemukan kosong atau hanya tertulis diagnosa dan tindakan medis serta tanda tangan tanpa menuliskan keluhan utama, anamnesa, pemeriksaan fisik dan penunjang yang mendukung diagnosa, terapi, obat yang dibawa pulang, waktu kontrol.

Dari wawancara dengan DPJP didapatkan hasil bahwa ketidaklengkapan resume medis karena kesibukannya. Seperti kutipan wawancara dengan DPJP sebagai berikut :

“Ya yang kosong itu, pengalaman saya itu banyak, karena 1 pasien meninggal dunia, yang kedua pasien pasien yang APS yang belum sempat saya visite, belum sempat ketemu saya tapi dia sudah

minta keluar atau minta pulang dan sebagainya, sehingga itu pasti akan menumpuk, kemudian pasien pasien yang dokternya lupa, itu manusiawi jadi saya pun juga kadang lupa , jadi perasaan sudah mengisi itu karena jumlah operasinya banyak sehingga kelupaan itu manusiawi dan tidak masalah, nanti kita lengkapi saja.”

Masih banyaknya resume medis yang tidak lengkap dikarenakan belum adanya laporan rutin dari panitia rekam medis kepada dokter dan manajemen rumah sakit. Panitia rekam medis mengambil sample rekam medis setiap bulan yang diambil secara acak untuk semua dokter dan dinilai kelengkapannya dengan format yang sudah ada. Hasil tersebut dilaporkan kepada manajemen rumah sakit sebagai salah satu indicator mutu. Selain itu sebagai salah satu penilaian untuk dokter. Hasil laporan bisa menjadi pertimbangan dalam memberikan *punishment* maupun *reward* untuk dokter.

Tulisan dokter yang sulit terbaca menjadi salah satu kendala petugas *coding* dalam menterjemahkan diagnosa maupun tindakan prosedur ke dalam kode ICD 10 maupun ICD 9 CM. selain itu juga petugas verifikator BPJS mengalami kesulitan dalam melakukan verifikasi dokumen klaim. Sebagai contoh tulisan dokter adalah *dyspneu* tapi terbaca *dyspepsia*. Kedua gejala penyakit tersebut berbeda dan beda dalam penanganan dan terapi yang diberikan.

Terdapat juga perbedaan dalam *coding* diagnosa. Perbedaan *coding* yang dimasukkan kedalam *software* INA CBG's mengasilkan tarif yang berbeda. Jika dokumen klaim sudah sampai ke verifikator BPJS Kesehatan maka akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilakukan revisi sebagai klaim *pending*. Petugas *coder* harus mengkonfirmasi kepada dokter untuk kebenaran penulisan diagnosa dan melakukan *coding* ulang dan alur klaim ulang. Sesuai dengan kebijakan rekam medis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta bahwa resume medis ditulis dengan huruf kapital.

Dokumen pendukung diagnosa adalah dokumen yang mendukung tegaknya suatu diagnosa dan tindakan prosedur. Dokumen pendukung diagnosa meliputi pemeriksaan penunjang seperti radiologi dan laboratorium. Pemeriksaan radiologi meliputi hasil bacaan foto rontgen, CT-scan, MRI, USG, Echocardiografi, hasil PCI dan lain-lain. Sedangkan pemeriksaan laboratorium seperti hasil tes darah, urin, feses, dahak, patologi anatomi (PA), kultur sensitivitas dan lain sebagainya. Selain itu dokumen pendukung lain berupa treadmill, EKG dan EEG juga harus disertakan. Semua dokumen harus ada hasil expertise atau bacaan yang akan disertakan dalam dokumen klaim. selain dari pemeriksaan penunjang, dokumen lain berupa bukti operasi penggantian protesa tulang, lensa mata, tindakan fibrinolisis dan laporan operasi juga harus disertakan dalam dokumen

klaim. Dokumen pendukung tersebut harus tersedia dalam dokumen rekam medis dan menjadi persyaratan klaim melengkapi dari resume medis. Jika tidak terdapat dokumen pendukung maka rumah sakit tidak bisa mengklaim diagnosa tersebut. Jika terdapat diagnosa utama dengan dua diagnosa sekunder namun salah satu diagnosa tersebut tidak disertai bukti pendukung maka diagnosa sekunder yang satu harus dihapus. Hal tersebut berpengaruh kepada tariff INA CBG's yang akan dibayarkan kepada rumah sakit. Begitu pula jika lembar operasi hilang maka rumah sakit tidak dapat menagihkan tindakan prosedur dan tentunya sangat berpengaruh kepada besaran klaim yang akan dibayarkan. Rumah sakit telah mengeluarkan banyak biaya namun pengantiannya tidak sesuai. Berdasarkan hasil verifikasi oleh verifikator BPJS bahwa diagnosa harus didukung adanya pemeriksaan penunjang bukan hanya dari hasil anamnesa maupun pemeriksaan fisik. Ketidaklengkapan dokumen pendukung menjadi salah satu faktor permasalahan pada klaim. (taliana,2015). Ketidaklengkapan Hal tersebut dikarenakan pasien sudah membawa hasil ronsen dari rumah sakit di luar, atau ronsen belum sempat dibacakan oleh Dokter Spesialis Radiologi sehingga tidak ada hasil bacaan. Begitu pula dengan ketidaklengkapan hasil laboratorium karena pasien telah membawa hasil laboratorium dari luar dan tidak disertakan dalam rekam medis. Jika terdapat ketidaklengkapan maka

menjadi klaim *pending* sampai dengan persyaratan terpenuhi. Adanya kekurangtelitian dan kurangnya kesadaran dari perawat maupun Dokter dalam melakukan dokumentasi pemeriksaan penunjang menjadi faktor ketidaklengkapan dokumen rekam medis.

Diagnosa ditegakkan berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Suatu diagnosa yang sulit ditegakkan memerlukan pemeriksaan penunjang yang banyak sehingga membutuhkan biaya yang besar. Ketika diagnosa sudah tegak dan ternyata rumah sakit tidak mampu menangani maka rumah sakit akan merujuk pasien tersebut. Pasien yang dikelola di rumah sakit dengan terapi suportif namun bukan terapi untuk penyakit tersebut maka diagnosa tersebut tidak dapat diklaimkan. Dalam beberapa kasus diagnosa sekunder merupakan juga penyakit komorbiditas sehingga tanpa diberikan terapi. Selain ketidakmampuan rumah sakit, terkadang pasien ada yang menolak terapi yang akan diberikan oleh dokter. Dalam resume medis dokter akan menulis diagnosa utama dan semua diagnosa sekunder. Terkadang diagnosa sekunder tersebut ditulis tanpa diberikan terapi dan dapat menaikkan tarif INA CBG's sehingga oleh verifikator BPJS Kesehatan dilakukan revisi untuk diagnosa tersebut dan menjadi klaim pending sampai df tersebut.

3. Verifikasi pelayanan kesehatan

Verifikasi pelayanan kesehatan dalam petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan meliputi kesesuaian diagnosis dan prosedur dengan ICD 10 dan ICD 9 CM, episode rawat jalan, episode rawat inap, kasus special CMG, ketentuan coding bayi lahir sehat dan kontrol rawat jalan untuk kasus rehabilitasi medic, khemoterapi dan radioterapi dan coding kasus lainnya. Dari wawancara didapatkan adanya kendala dalam proses klaim karena adanya perbedaan persepsi dalam coding diagnosa dan tindakan prosedur. Petugas coding rumah sakit maupun verifikator menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM sebagai acuan namun adanya perbedaan persepsi dalam menentukan coding tersebut yang berakibat adanya perbedaan dalam grouping dan tarif INA CBG's. *Coding* diagnosa telah diatur dengan menggunakan ICD 10 sedangkan *coding* untuk tindakan prosedur diatur dalam ICD 9CM. Keahlian melakukan *coding* diperoleh petugas rekam medis dengan latar belakang pendidikan rekam medis sedangkan verifikator BPJS Kesehatan berlatar belakang non rekam medis. (agiwahyu,2016). Verifikator yang ditempatkan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah seorang dokter sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan bahwa rumah sakit tipe B ditempatkan seorang verifikator dengan basic pendidikan dokter.

Perbedaan kemampuan dan persepsi tersebut mempengaruhi dalam menentukan *coding* suatu diagnosa maupun prosedur tindakan yang pada akhirnya berpengaruh kepada hasil *grouping* INA CBG's dan tarif yang akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dimana klaim yang dibayarkan bisa jadi lebih rendah dibandingkan dengan tarif yang diajukan. (putra, 2016). Verifikator BPJS kesehatan melakukan *coding* berdasarkan ketentuan dan aturan dari BPJS Kesehatan.

Case Base Group adalah pengelompokan diagnosa penyakit yang berdasarkan *grouping* dari tarif itu sendiri, dengan demikian pemberian dan pemberlakuan tarif di rumah sakit pada pengelompokan tersebut dinamakan diagnosa asuransi. Sedangkan dokter di rumah sakit masih menggunakan diagnosa klinis untuk setiap tindakan dan sesuai dengan prosedur pemeriksaan dan hasil diagnosis medis. Hal tersebut memunculkan perbedaan ketentuan diagnosis dokter sebagai diagnosis klinis dan ketentuan diagnosis BPJS Kesehatan dalam *grouping* sebagai diagnosis asuransi. (agiwahyu,2016) Penggunaan *software* INA-CBG's dalam penentuan tarif klaim bergantung pada diagnosa utama dan diagnosa sekunder. Kelemahan dari program tersebut adalah jika diagnosa sekunder di balik menjadi diagnosa utama akan berubah tarifnya untuk kasus tertentu. (agiwahyu,2016)

4. Verifikasi menggunakan software verifikasi

Verifikasi menggunakan software verifikasi dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan melakukan purifikasi yang bertujuan untuk menghindari double klaim, baik itu double klaim rawat inap yang dicurigai readmisi maupun double klaim rawat jalan. Dari hasil wawancara didapatkan 1 responden mengatakan kasus yang dicurigai readmisi bisa menjadikan klaim pending. Pada kasus tersebut dilakukan revisi untuk menjadikan sebagai 1 episode rawat inap atau jika terdapat bukti di dalam rekam medis bahwa bukan merupakan kasus readmisi maka dapat diklaimkan menjadi 2 episode rawat inap.

Dokumen klaim yang hilang pada saat pelayanan dikarenakan pasien membawa pulang dokumen beserta persyaratan setelah pemeriksaan tanpa mengumpulkan ke penetapan biaya, ini terjadi pada pasien yang pulang tanpa di berikan obat pulang. Dari hasil wawancara didapatkan juga belum adanya pencocokan jumlah dokumen SEP dari pendaftaran dengan jumlah SEP yang masuk di penetapan biaya maupun yang sampai ke petugas *coding*. Dokumen klaim yang hilang menyebabkan rumah sakit tidak dapat melakukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan ke pasien yang telah dapat periksa ke rumah sakit.