

BAB VII PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang mengacu pada tujuan penelitian, maka dapat ditarik kesimpulan yaitu:

1. RSUD Pariaman

Penyebab keterlambatan pembayaran klaim RSUD Pariaman disebabkan ketidaklengkapan persyaratan yang diajukan sehingga terjadinya klaim pending oleh BPJS Kesehatan. Dilihat dari teori sistem terjadinya klaim pending disebabkan oleh komponen *input*, *proses* di RSUD Pariaman

Input

- a. Kebijakan; Implementasi kebijakan belum berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan faktor internal dan eksternal. Faktor internal; tidak adanya peran atasan (penanggung jawab) pada bagian casemix sehingga mengakibatkan belum adanya kejelasan uraian tugas serta belum dilakukannya monitoring evaluasi pada bagian casemix. Hal ini terjadi adanya penolakan pendelegasian wewenang dan perbedaan persepsi dalam manajemen dalam menetapkan penanggung jawab casemix. Tidak adanya peran atasan (penanggung jawab) berdampak pada *input*, *proses*, dan *output* yang dihasilkan. Faktor eksternal adalah adanya peraturan presiden nomor 18 tahun 2016 yang menghambat perubahan pembentukan ulang struktur organisasi RSUD Pariaman dari tipe C ke tipe B, karena harus menunggu terbitnya peraturan presiden yang mengatur tentang kelembagaan rumah sakit daerah.

b. Tenaga

- Tenaga koder; masih kurangnya ketelitian koder dalam proses pengkodean.
- Tenaga verifikator internal ; kurangnya pemahaman tentang INA-CBGs, ICD-10 dan ICD-9-CM serta kurang skill dalam melakukan proses verifikasi berkas klaim.

- c. Standar Prosedur Operasional; Belum adanya SOP yang dijadikan pedoman atau acuan bagi petugas dalam melakukan pekerjaan baik terkait pengklaiman pasien BPJS, kelengkapan berkas klaim, SOP pengkodean penyakit sebagai pedoman menjalankan pekerjaan sehingga berdampak pada proses pelaksanaan pengajuan klaim di bagian casemix.

Process

- d. Pengisian resume medis; masih ditemukan ketidaklengkapan pengisian resume medis oleh DPJP. Data pending klaim dari 50 berkas klaim pending sebanyak 20 % menunjukkan bahwa penyebab dari pelayanan medis antara lain penulisan diagnosa/prosedur tindakan yang tidak tepat, hasil pemeriksaan penunjang tidak terlampir, resume medis tidak lengkap, adanya perbedaan diagnosa antara resume medis dan lembar verifikasi INA-CBGs, formulir verifikasi belum lengkap. Ketidaklengkapan disebabkan kesibukan dokter, beban kerja, serta kepatuhan atau ketaatan dokter penanggung jawab pasien.

- e. Pengkodean diagnosa; proses pengkodean diagnosa belum berjalan dengan baik. Data pending BPJS Kesehatan ditemukan 12 berkas (24%) diakibatkan oleh koder yakni ketidaktepatan pengkodean/kesalahan pemberian kode diagnosa, adanya kasus diagnosa yang seharusnya *include* atau koding kombinasi namun dikode terpisah. dengan menulis kode diagnosa. Hal ini disebabkan karena proses pemberian kode yang hanya menulis kode diagnosa tanpa melihat keseluruhan rekam medis pasien serta proses alur berkas klaim pasien BPJS yang tidak berurutan sehingga mempengaruhi ketidaktepatan kode diagnosa.
- f. Verifikasi berkas klaim; proses verifikasi berkas klaim oleh verifikator internal belum berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan belum jelasnya tugas dan tanggung jawab petugas verifikator internal, kurangnya pengetahuan atau tentang INA-CBGS dan ICD-10 dan ICD-9-CM serta skill yang belum dimiliki dalam melakukan proses verifikasi berkas klaim sehingga verifikator tidak optimal dalam melakukan pekerjaan.

2. BPJS Kesehatan

Penyebab keterlambatan pembayaran oleh BPJS Kesehatan disebabkan terjadinya defisit anggaran BPJS Kesehatan sehingga mengakibatkan adanya keterlambatan pembayaran klaim di RSUD Pariaman. Defisit dana anggaran Hal terjadi akibat ketidakseimbangan iuran yang diterima dengan beban biaya pelayanan. tunggakan terbanyak dari peserta mandiri (PBP) yang disebabkan

ketidakmampuan dan ketidaksiplanan peserta dalam melakukan pembayaran. Keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan berdampak pada jasa medis karyawan, pembayaran obat serta mempengaruhi pelayanan di RSUD Pariaman.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari penelitian yang telah dilakukan di RSUD Pariaman dan BPJS Kesehatan, peneliti menyarankan:

Pihak Manajemen RSUD Pariaman

1. Pengaturan ulang struktur organisasi sesuai tipe rumah sakit, memasukkan casemix ke dalam struktur organisasi rumah sakit.
2. Penetapan penanggung jawab dan melakukan pengkajian ulang posisi casemix dalam struktur organisasi sesuai tujuan yang ingin dicapai dalam suatu organisasi
3. Membuat uraian tugas atau pembagian tugas masing-masing tenaga casemix. Dan melakukan monitoring evaluasi terhadap proses atau hasil yang telah dicapai.
4. Melakukan analisa beban kerja kepada tim casemix agar pekerjaan yang dilakukan dapat sesuai dengan kuantitas dan kualitas masing-masing tenaga casemix dan pihak rumah sakit dapat mengetahui sarana dan prasarana yang dibutuhkan petugas casemix dalam melakukan pekerjaan.
5. Membuat SOP terkait pengklaiman atau kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan serta SOP pengkodean penyakit oleh koder.

6. Meningkatkan sosialisasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) tentang pentingnya INA-CBGs serta pengisian resume medis.
7. Meningkatkan pendidikan dan pelatihan untuk penyegaran kepada
 - a. Melakukan pelatihan kepada verifikator internal terkait INA-CBGs, ICD-10 dan ICD-9-CM. Agar pelatihan tepat sasaran sebaiknya pihak rumah sakit melakukan penilaian kebutuhan pelatihan (*training need assessment*) dapat mengetahui program pelatihan yang tepat untuk karyawan sesuai skill dan pengetahuan yang telah dikuasai maupun yang belum dikuasai oleh tenaga casemix.

Dokter Penanggung Jawab, Koder, Verifikator internal RSUD Pariaman

Lebih meningkatkan komunikasi antara koder, dokter dan verifikasi internal rumah sakit jika ditemukan kendala atau masalah terkait kelengkapan resume medis atau ketidakjelasan dalam membaca tulisan dokter.

BPJS Kesehatan-Pemerintah- RSUD Pariaman

1. Pemerintah Pusat dan Pemerintah daerah melakukan verifikasi dan validasi data kepesertaan PBI agar tepat sasaran dengan tujuan penghapusan peserta PBI yang sudah mampu, meninggal, dan memiliki NIK ganda.
2. Setelah proses verifikasi dan validasi, pemerintah daerah perlu melakukan sosialisasikan kepada masyarakat atau peserta JKN baik yang sudah di nonaktifkan maupun peserta baru serta mengarahkan peserta untuk ikut menjadi peserta PBP.

Setelah proses verifikasi dan validasi, pemerintah daerah perlu melakukan sosialisasikan kepada masyarakat atau peserta JKN baik yang sudah di nonaktifkan maupun peserta baru serta mengarahkan peserta untuk ikut menjadi peserta PBP.

3. BPJS Kesehatan; meningkatkan sosialisasi untuk menambah pengetahuan peserta tentang hak dan kewajiban peserta mandiri program JKN.
4. RSUD Pariaman; untuk mengatasi permasalahan keterlambatan pembayaran yang dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan, Sebaiknya pihak rumah sakit memanfaatkan menggunakan metode *Supply Chain finance* (SCF) agar tidak mengalami kendala dalam memberikan pelayanan kepada peserta JKN.



