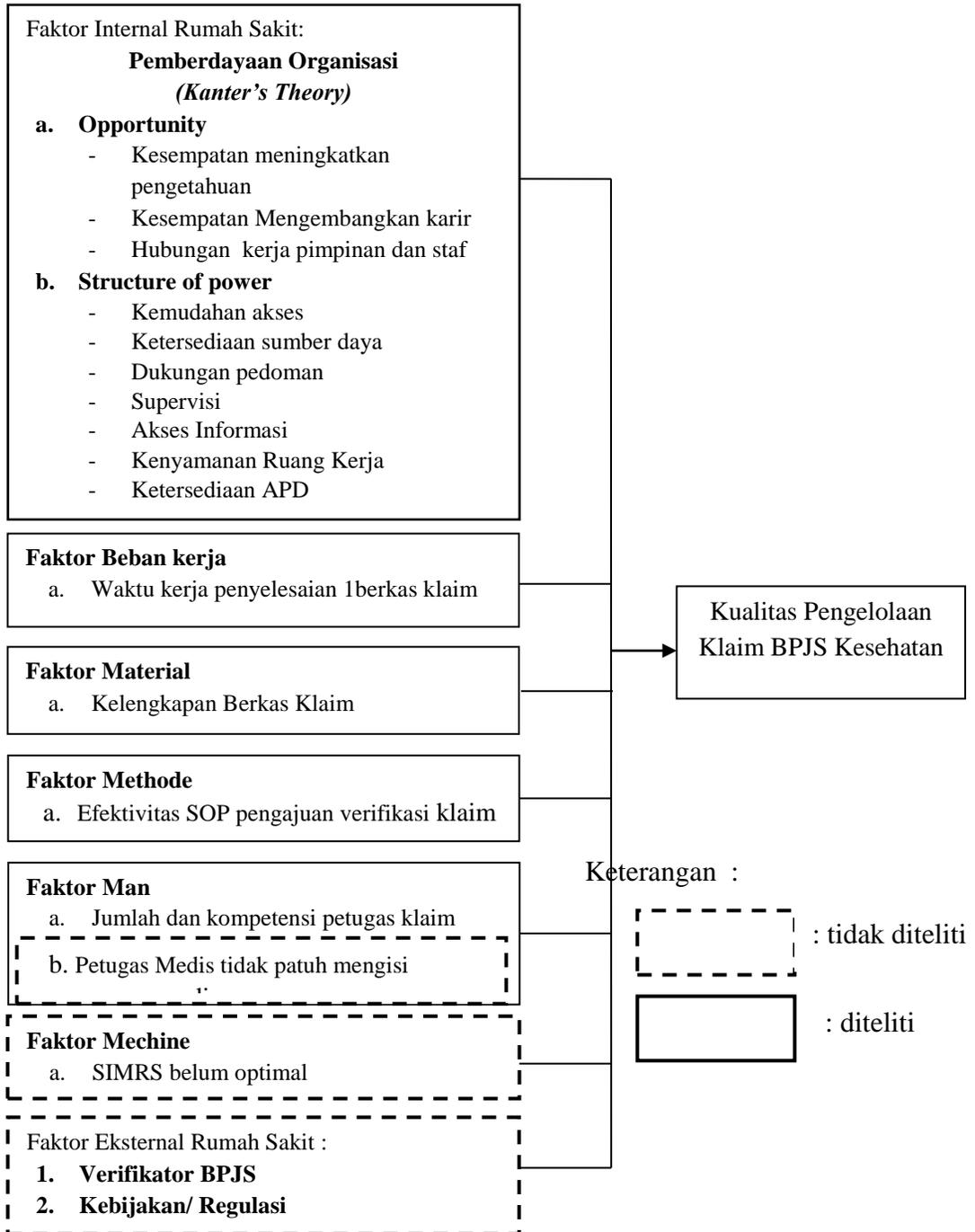


BAB III KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual

3.2 Penjelasan Kerangka Konseptual

Dari penjelasan tinjauan pustaka pada gambar 2.10 dijelaskan bahwa proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan berawal dari ruang perawatan menyerahkan berkas pengajuan klaim pasien ke Instalasi PAT kemudian berkas akan diproses di PAT untuk diverifikasi berkas secara administrasi maupun diagnose, kemudian berkas dikoding dan di entry data ke grouper INA-CBG. Setelah berkas pengajuan klaim selesai diproses di PAT maka instalasi PAT menyerahkan berkas pengajuan klaim ke Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi untuk di verifikasi secara keseluruhan berkas yang sudah lengkap dan benar sebelum berkas dikirim ke Kantor BPJS Kesehatan. Dari alur tersebut peneliti ingin mencari titik keterlambatan pengajuan klaim dari Instalasi PAT ke Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi.

Maka secara garis besar kerangka konseptual penelitian ini yaitu untuk menganalisis faktor-faktor penyebab dari keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari Instalasi PAT ke Sub Bagian Verifikasi yang secara tidak langsung keterlambatan dalam pengajuan klaim tersebut akan berdampak pada kegagalan klaim yang mempengaruhi kualitas pengelolaan klaim di RSUD Bojonegoro. Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas pengelolaan klaim antara lain :

- a. Faktor Internal Rumah Sakit yang terdiri dari :
 1. Faktor Pemberdayaan Organisasi

Faktor pemberdayaan organisasi di teliti dengan cara mengukur persepsi karyawan, tidak menggunakan data sekunder. Pemberdayaan organisasi menurut teori Kanter memiliki dua sub variabel yaitu :

a. *Opportunity* atau kesempatan

Variabel *opportunity* berkaitan dengan bagaimana rumah sakit memberikan kesempatan yang seluas luasnya dan seadil adilnya kepada karyawan khususnya petugas pengelola klaim pasien rawat inap. Dimensi *opportunity* yang pertama dapat diukur dengan cara mengukur petugas pengelola klaim tentang kesempatan meningkatkan pengetahuan, yang dimaksud meningkatkan pengetahuan disini yaitu melihat kepuasan petugas pengelola klaim pasien rawat inap terhadap kesempatan mengikuti pelatihan yang selama ini diberikan oleh rumah sakit terkait pelatihan yang sesuai dengan tugas atau jabatannya. Jika petugas pengelola klaim tersebut tidak pernah mengikuti pelatihan sesuai dengan tugas pokok atau jabatannya maka akan berdampak pada kinerja petugas pengelola klaim salah satunya yaitu petugas tersebut sering berbuat kesalahan dalam melakukan pekerjaannya yang berdampak pada klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim yang mengakibatkan klaim tidak terbayar oleh BPJS Kesehatan. Dimensi *opportunity* yang kedua dapat diukur dengan kesempatan pengembangan karir, yang dimaksud kesempatan mengembangkan karir yaitu kepuasan petugas pengelola klaim

terhadap kelancaran dalam kenaikan pangkat atau jabatan yang sesuai dengan persyaratan dan kemampuannya. Dimensi *opportunity* yang ketiga dapat diukur dengan hubungan kerja pimpinan dan staf yaitu dengan melihat kepuasan petugas pengelola klaim terhadap komunikasi antara pimpinan dan staf dalam menyelesaikan suatu masalah terkait kendala pekerjaan yang dihadapi oleh petugas pengelola klaim dalam proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan, agar tidak terjadi keterlambatan dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

b. *Structure of power* atau struktur kekuasaan

Variabel *structure of power* yang pertama diukur dengan cara mengukur persepsi petugas pengelola klaim pasien rawat inap terhadap kemudahan akses, yang dimaksud kemudahan akses yaitu kemudahan akses petugas pengelola klaim dalam menghubungi atasan atau Kepala Instalasi PAT terkait proses ataupun kendala dalam pengajuan klaim salah satunya yaitu terkait keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang perlu segera di tindak lanjuti. Dimensi *structure of power* yang kedua diukur dengan cara mengukur persepsi petugas pengelola klaim terhadap ketersediaan sumber daya yaitu dilihat pada ketersediaan peralatan kantor/ komputer untuk menunjang penyelesaian pekerjaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Jika sumber daya ataupun peralatan kantor yang tersedia masih kurang ataupun tidak lengkap

maka akan mempengaruhi terhadap penyelesaian pekerjaan klaim tersebut yang akan berdampak pada pengajuan berkas klaim ke BPJS Kesehatan mengalami keterlambatan. Dimensi *structure of power* ke tiga diukur dengan adanya dukungan pedoman/SPO, dimana dukungan pedoman/SPO telah dijalankan atau dilaksanakan dengan baik oleh petugas pengelola klaim atau tidak, sehingga apabila dukungan pedoman/SPO tidak ada akan menciptakan organisasi yang tidak efektif dan kegiatan dalam proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan juga tidak beraturan. Dimensi *structure of power* ke empat diukur dilihat dari supervisi yang diberikan oleh atasan, apakah atasan selalu melakukan supervisi secara berkala kepada bawahannya atau tidak. Jika atasan tidak pernah melakukan supervisi terhadap petugas pengelola klaim maka tidak pernah ada arahan atau masukan terhadap petugas pengelola klaim yang tidak bekerja sesuai dengan tugasnya, yang dampaknya kan berpengaruh terhadap proses penyelesaian pengajuan berkas klaim. Dimensi *structure of power* ke lima dilihat dari kemudahan akses informasi yang dapat diukur dari kepuasan karyawan terhadap kemudahan informasi ketika ada kebijakan baru dari atasan ke bawahan terkait kebijakan tentang regulasi klaim BPJS Kesehatan yang baru. Dimensi *structure of power* ke enam yaitu diukur dari kepuasan petugas pengelola klaim terkait kenyamanan ruang kerja dalam menyelesaikan suatu pekerjaan. Dimensi *structure of power* ke tujuh yaitu diukur dari kepuasan

petugas pengelola klaim terkait ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) diruang pekerjaan untuk mencegah penularan penyakit dan kecelakaan kerja.

Kedua faktor pemberdayaan organisasi tersebut dapat mempengaruhi kepuasan karyawan yang selanjutnya dapat berdampak pada kinerja rumah sakit khususnya petugas klaim. Jika kinerja petugas klaim rendah akan berakibat pada keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

2. Faktor Beban Kerja

a. Waktu kerja per kegiatan penyelesaian satu berkas klaim

Waktu kerja perkegiatan penyelesaian satu berkas klaim yaitu waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan satu pekerjaan atau satu berkas klaim. Sehingga dapat mengetahui setiap petugas dalam sehari mampu menyelesaikan berapa berkas klaim.

3. Faktor Material

a) Kelengkapan Berkas klaim

Berkas klaim merupakan berkas yang digunakan untuk pengajuan klaim atas pelayanan kesehatan yang sudah di berikan kepada pasien ke BPJS Kesehatan. Berkas tersebut sebagai syarat kelengkapan administrasi klaim yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Syarat tersebut meliputi :

a) Surat rujukan

b) Surat Eligibilitas Pasien

- c) Fotocopy KTP, KK, Kartu anggota BPJS Kesehatan
- d) Billing rincian pelayanan
- e) Dokumen-dokumen dari setiap pelayanan kesehatan

Dokumen- dokumen dari setiap pelayanan kesehatan yang dimaksud seperti dokumen pelayanan penunjang contohfoto x-ray, radiologi dll.

Jika berkas klaim BPJS Kesehatan tidak lengkap maka akan dikembalikan lagi keruang perawatan untuk dilengkapi kembali. Kembalinya berkas klaim pasien ke ruang perawatan kemungkinan yang mengakibatkan keterlambatan dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

4. Faktor Methode

Faktor dari verifikasi internal yaitu efektivitas *Standar Operasional Prosedur* (SOP) verifikasi pengajuan klaim. SOP verifikasi pengajuan klaim yaitu tahapan proses secara sistematis independen dalam memverifikasi sumber pengajuan pendapatan yang berasal dari pelayanan pasien yang dibiayai kerjasama pihak ketiga sesuai dengan bukti-bukti dokumen dan pendukung yang sah, akurat, relevan dan obyektif.

Adapun tahapan dari pengajuan klaim yaitu Instalasi PAT menerima berkas pengajuan klaim yang berupa data status pasien yang dikirim secara bertahap setelah 3 hari dihitung dari tanggal pulang, setelah berkas yang diserahkan ke PAT sudah lengkap maka berkas akan di verifikasi persyaratannya secara administrasi, verifikasi secara medis, kemudian

berkas akan dikoding sesuai dengan ICD 10 – ICD 9CM sesuai aturan yang berlaku dan regulasi yang ditetapkan pemerintah, setelah di koding lalu memasukkan kode-kode penyakit dan tindakan tertentu ke aplikasi E-klaim, dari aplikasi tersebut akan dibaca dan diproses di *Groupes* INA-CBG's dari kode tertentu menjadi tarif. Setelah dari bagian PAT berkas akan diserahkan ke Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi untuk diverifikasi dan diajukan ke BPJS Kesehatan. Jika berkas pengajuan klaim ke BPJS masih banyak yang dikembalikan kerumah sakit maka kinerja sub bagian verifikasi dan akuntansi tidak efektif, seharusnya setelah diverifikasi berkas langsung dikembalikan ke Instalasi PAT sebelum diserahkan ke BPJS Kesehatan.

5. Faktor Man dari petugas klaim dibagi menjadi :

a. Jumlah dan kompetensi petugas klaim

Kompetensi adalah kemampuan seseorang dalam melaksanakan tugas dan pekerjaannya sesuai dengan jabatannya. Kompetensi petugas klaim dalam menjalankan tugasnya sangatlah penting, karena jika petugas klaim tersebut tidak memiliki kompetensi sesuai bidangnya tersebut maka akan terjadi kesalahan dalam menjalankan tugasnya.

Jumlah petugas klaim yang tidak memenuhi kebutuhan menyebabkan beban kerja petugas tinggi. Banyaknya tugas dan tanggung jawab yang diberikan kepada petugas pengelola klaim menyebabkan hasil yang dicapai menjadi kurang maksimal, karena dengan jumlah petugas pengelola klaim untuk pasien rawat inap dari

petugas verifikasi administrasi sampai petugas entry data masing-masing berjumlah 1 orang dan untuk berkas yang diklaimkan semakin banyak. Sehingga petugas kurang teliti dan menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Dari faktor-faktor diatas kemungkinan dapat mempengaruhi terjadinya keterlambatan dalam pengajuan klaim RSUD Bojonegoro ke BPJS Kesehatan. Selain faktor tersebut terdapat faktor lain yang kemungkinan dapat memengaruhi keterlambatan dalam pengajuan berkas ke BPJS Kesehatan antara lain dari faktor sumber daya manusia yaitu DPJP yang tidak patuh dalam mengisi resume medis dan SIMRS belum optimal.

b. Petugas medis tidak patuh mengisi resume medis

Petugas medis yang dimaksud yaitu DPJP, DPJP harus membuat rencana pelayanan yang memuat segala aspek asuhan medis yang akan diberikan termasuk pemeriksaan, konsultasi, rehabilitasi pasien dan lain-lain dalam berkas rekam medis. Setelah pasien pulang DPJP tersebut harus melengkapi data medis dilembar *resume medis* baik secara elektronik maupun secara manual, *resume medis* diisi oleh dokter secara manual dan data yang ada pada lembaran tersebut digunakan untuk membuat kode tindakan dan kode penyakit yang nantinya diperlukan untuk pengajuan klaim RSUD Bojonegoro ke BPJS Kesehatan. Dan diakhir resume DPJP wajib membubuhkan tanda tangan sebagai keaslian dan sahnyanya *resume medis* untuk

diajukan klaim ke BPJS Kesehatan. Jika DPJP tidak patuh dalam mengisi resume medis pasien atau berkas *resume medis* pasien yang diajukan tidak lengkap, sehingga pada saat pengajuan klaim ke bagian PAT berkas dikembalikan kembali keruang perawatan untuk dilengkapi. Hal ini berdampak secara langsung pada ketepatan waktu pengajuan klaim yang menyebabkan pengajuan klaim menjadi lama atau terlambat

6. Faktor Mechine yaitu SIMRS belum optimal

Sistem Informasi Rumah Sakit adalah sistem komputerisasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan kesehatan dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk mendukung kinerja dan memperoleh informasi secara cepat, tepat, dan akurat. Dalam pengajuan klaim pasien rawat inap SIMRS sudah terintegrasi namun belum optimal, dikarenakan dalam memasukkan *billing* rumah sakit ke aplikasi klaim BPJS Kesehatan masih manual harus memasukkan satu persatu dan membutuhkan waktu yang lama.

b. Faktor Eksternal Rumah Sakit terdiri dari :

1. Verifikator BPJS Kesehatan

Verifikator BPJS Kesehatan adalah orang yang ditugaskan BPJS Kesehatan untuk ditempatkan di pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit sebagai verifikator berkas klaim yang ingin diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Tugas verifikator adalah memilah berkas

klaim tersebut layak atau tidak untuk dibayar oleh BPJS Kesehatan. Berkas yang sudah layak kemudian diklaimkan agar mendapat pergantian biaya perawatan dari pelayanan kesehatan. Berkas yang belum layak kemungkinan karena kurang lengkapnya data atau persyaratan yang membuat klaim tidak bisa diajukan akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit agar dilakukan kelengkapan data sehingga berkas tersebut dapat diklaimkan kembali. Kembalinya berkas yang tidak lengkap mengakibatkan pembayaran BPJS Kesehatan ke rumah sakit menjadi terlambat.

2. Kebijakan/ regulasi

Kebijakan/regulasi tentang BPJS Kesehatan selalu berubah-ubah. Kebijakan/regulasi adalah peraturan-peraturan mengenai program jaminan kesehatan atau BPJS Kesehatan yang berlaku di Indonesia. BPJS Kesehatan memiliki beberapa peraturan yang harus dipatuhi oleh penyedia pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit dalam pengajuan klaim. Kebijakan/regulasi dapat menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim karena kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah yaitu BPJS Kesehatan selalu berubah-ubah sehingga membuat rumah sakit bingung harus mematuhi kebijakan yang mana.