

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit sebagai fasilitas penyedia pelayanan kesehatan tingkat lanjut bertujuan untuk menyediakan pelayanan kesehatan baik secara promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Salah satu bentuk upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan menyelenggarakan program JKN menggunakan sistem pembayaran secara prospektif berdasarkan pada satuan per diagnosis pelayanan medis atau non medis yaitu Indonesia Case Base Group (INA-CBG's) (Thabrany, 2015). Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS setiap bulannya (Valentina & Halawa, 2018).

Di Indonesia, pemerintah sudah menerapkan rencana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014, yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 28 Tahun 2014 tentang penyelenggaraan JKN. Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia (PERPRES) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, (1) Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat lanjut (FKRTL) mengajukan klaim kolektif kepada BPJS kesehatan secara periodik dan lengkap, (2) BPJS kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS kesehatan, (3) Dalam hal BPJS kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 hari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka berkas klaim dinyatakan lengkap. BPJS kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling lambat 15 hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim.

Sumber daya manusia sangat berperan penting dalam organisasi di dalam rumah sakit untuk mencapai tujuan yang sudah direncanakan, sesuai dengan hukum publik yang mengelola jaminan kesehatan masyarakat Indonesia, BPJS Kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan mampu memenuhi harapan pesertanya. Untuk melaksanakan hal tersebut, diperlukan peran SDM yang handal dan profesional. Oleh karenanya, tahun ini BPJS Kesehatan kembali menyelenggarakan program Pendidikan dan Pelatihan Dasar (Diklatsar) bagi pegawai maupun calon pegawai BPJS Kesehatan.

Alat merupakan kebutuhan pokok dalam melancarkan jalannya suatu organisasi. Mesin/alat berupa peralatan yang digunakan oleh suatu instansi atau lembaga. Baik itu peralatan yang modern maupun peralatan yang masih bersifat konvensional. *Machine* yang digunakan dalam mendukung pelaksanaan klaim pelayanan pasien JKN adalah terkait dengan hardware, software dan integrasi sistem informasi. Hardware yang digunakan dalam pelaksanaan klaim pelayanan pasien berupa komputer, server, dan jaringan pendukung yang masih dihadapkan pada kurang siapnya IT mandiri rumah sakit seperti jaringan internet bermasalah. Software yang digunakan dalam pelaksanaan klaim pelayanan pasien adalah software INA CBG's dari Kementerian Kesehatan (Leonard, 2016).

Metode yang digunakan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dengan berpedoman pada SOP (Standar Operational Procedure). Ketersediaan dan pelaksanaan SOP dapat mempengaruhi pengajuan klaim BPJS. SPO belum mengatur tentang pengisian diagnosis sesuai kaidah ICD 10, ICD 9 dan belum ada SPO terkait reward dan punishment. Bahwa SPO, reward dan panishment mendukung pengkodean diagnosis pasien BPJS (Leonard, 2016).

Dana yang paling berperan untuk mencapai pelaksanaan suatu sistem dirumah sakit agar perjalanan dapat berjalan dengan cepat.klaim pending berpengaruh terhadap keuangan rumah sakit karena reimbursment menjadi terhadap. Raimbursment dikirimkan oleh pihak BPJS kesehatan jika semua klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit sudah memenuhi syarat pengeklaiman.

Berkas klaim BPJS merupakan bahan yang dapat membantu dalam proses pengajuan klaim, kelengkapan berkas sangat berpengaruh terhadap kecepatan pengajuan klaim. Berkas merupakan kumpulan (gabungan) dari beberapa lembar atau formulir menjadi satu. Pengertian lengkap menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah tidak ada kekurangan, sempurna. Jadi, kelengkapan berkas klaim BPJS merupakan kumpulan atau gabungan dari beberapa lembar/formulir persyaratan klaim BPJS yang tersusun secara lengkap menjadi satu (Lestari, 2017).

Verifikator BPJS melakukan verifikasi berkas klaim sebelum diajukan oleh fasilitas kesehatan dengan tujuan untuk menguji kebenaran dan kelengkapan administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2014). Leonard (2016) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa berkas klaim yang mengalami pending disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas rekam medis dan ketidaktepatan penulisan kode diagnosis maupun tindakan. Ketidaktepatan penulisan kode tersebut di sebabkan adanya perbedaan persepsi antara koder dari rumah sakit dengan petugas verifikator BPJS. Hal ini dapat mempengaruhi penentuan besaran tarif klaim yang dapat mengakibatkan ketidakakuratan pembiayaan tarif INA-CBG's.

Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesia Case Base Group (INA CBGs) menyatakan bahwa metode pembayaran prospektif yaitu dimana tarif pada pelayanan kesehatan telah ditetapkan sebelum pelayanan diberikan kepada pasien. Sistem INA CBGs merupakan sistem yang menggunakan pengelompokan diagnosis dan prosedur yang menunjukkan tanda klinis yang sama atau hampir sama dan penggunaan sumber daya atau biaya perawatan yang mirip ataupun sama. Pengelompokan tarif pada INA CBGs didasarkan pada pemberian kode diagnosis di ICD-10 dan kode tindakan pada ICD-9. Dengan sistem INA CBGs ini, maka rumah sakit harus melakukan pengajuan klaim untuk memperoleh penggantian biaya pelayanan kesehatan. Proses verifikasi pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan (Wahyuni, 2019). Menurut (Noviatri & Sugeng, 2016), jika berkas klaim dipending maka

akan dimasukkan pada proses klaim bulan berikutnya. hal ini berdampak pada berkurangnya jumlah klaim yang diterima institusi medis selama bulan tersebut.

Berdasarkan studi pendahuluan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti pada bulan Oktober 2022 peneliti melakukan wawancara dengan salah satu petugas INA-CBGs yang menyatakan bahwa masih ada keterlambatan berkas pending klaim. Dari 134 berkas rawat inap pada bulan agustus untuk diajukan klaim oleh petugas terhadap BPJS Kesehatan terdapat 15 berkas atau 11% berkas yang mengalami pending klaim. Hal ini disebabkan karena ketidaklengkapan dalam pengisian berkas serta kurang tepatnya dalam pengisian kode diagnosis dan tindakan sehingga membuat petugas harus mengecek ulang berkas yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan. Terjadinya berkas pending klaim berdampak pada adminitrasi keuangan rumah sakit serta terhambatnya pembayaran gaji petugas di rumah sakit.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan Penelitian mengenai “Tinjauan Faktor Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada penelitian kualitatif ini adalah “Bagaimana Faktor *Pending Klaim* BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang”?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Tinjauan Keterlambatan Berkas Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi Ketidaklengkapan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Berdasarkan Faktor *Man* Di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang.
- b. Mengidentifikasi Ketidaklengkapan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Berdasarkan Faktor *Machine* Di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

- c. Mengidentifikasi Ketidaklengkapan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Berdasarkan Faktor *Method* Di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang.
- d. Mengidentifikasi Ketidaklengkapan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Berdasarkan Faktor *Money* Di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang
- e. Mengidentifikasi Ketidaklengkapan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Berdasarkan Faktor *Material* Di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Bagi fasilitas pelayanan kesehatan, hasil penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk memperbaiki proses pengajuan klaim BPJS kesehatan dan memotivasi dokter, perawat, dan seluruh tenaga kesehatan terkait untuk sadar dan disiplin.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi serta peningkatan indikator pelayanan kesehatan terhadap pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan.

b. Bagi Institusi

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk penelitian serta sebagai sumber pembelajaran dalam pengembangan ilmu bidang rekam medis dan infomasi kesehatan khususnya terkait pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan.

c. Bagi Peneliti

- 1) Sebagai wujud penerapan ilmu pengetahuan yang telah didapat selama bangku perkuliahan.
- 2) hasil penulisan ini bisa menambah pengetahuan dan menjadi sebuah pengalaman yang berharga.
- 3) Dapat menjadi sarana yang bermanfaat dalam mengimplementasikan peneliti khususnya tentang Tinjauan Keterlambatan Berkas Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang.