

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, BPJS kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta BPJS adalah setiap orang yang telah membayar iuran dengan biaya sendiri (Non PBI) atau iuran yang dibayar oleh pemerintah (PBI). Pelaksanaan BPJS kesehatan dimulai sejak 01 Januari 2014 di rumah sakit dan secara bertahap di rumah sakit swasta (Pemerintah Indonesia, 2013).

Menurut Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai komponen pendukung terlaksananya program jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh BPJS. Fungsi utama rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah sesuai dengan standar pelayanan kesehatan. Pelayanan tersebut harus disertai dengan adanya sarana penunjang yang memadai salah satunya penyelenggaraan sistem rekam medis (Pemerintah Indonesia, 2009).

Menurut Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam medis, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Rekam medis yang bermutu salah satunya dapat dilihat dari kelengkapan isi rekam medis. Kelengkapan tersebut ditambahkan dengan autentikasi dari rekam medis seperti nama dokter yang merawat, tanda tangan dan tanggal pembuatan. Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah pelayanan rawat jalan atau rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesa, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, dan resume. Setiap pasien setelah diberikan pelayanan berupa perawatan wajib dibuatkan resume medis. Resume medis harus diisi

dengan lengkap yang mana resume medis tersebut akan digunakan untuk administrasi persyaratan dalam klaim (Kemenkes RI, 2008).

Menurut Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit, yang didalamnya disebutkan bahwa SPM kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah pasien pulang. Formulir resume medis merupakan salah satu formulir yang sangat penting dalam menilai mutu suatu rekam medis. Resume medis digunakan oleh tim koder rumah sakit untuk mengkode diagnosis penyakit yang pada akhirnya berujung pada pembayaran klaim (Kemenkes RI, 2008).

Menurut Peraturan BPJS Nomor 3 tahun 2017, klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Dalam hal ini klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosa merujuk pada ICD 10 atau ICD 9 CM. Kegunaan dari pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS adalah untuk mengganti seluruh biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien yang telah membayar iuran (BPJS, 2017).

Menurut Permenkes RI Nomor 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada perawatan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit menggunakan sistem pembiayaan prospektif. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan (Kemenkes RI, 2014).

Berdasarkan Undang Undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), sistem INA-CBGs (*Indonesian Case Base Groups*) digunakan untuk proses klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menerapkan sistem INA CBG's dan menggunakan aplikasi INA-CBGs untuk perhitungan klaim JKN di rumah sakit. Tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur tindakan yang diberikan (Pemerintah Indonesia, 2011).

Dalam proses klaim pasien BPJS Kesehatan melalui tahapan verifikasi data oleh petugas verifikasi Rumah Sakit dan petugas verifikasi BPJS dengan menggunakan Pedoman Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS, dimana hasil akhir yang dikeluarkan yaitu pengklaiman layak, tidak layak atau ditunda. Berdasarkan buku petunjuk teknis verifikasi klaim yang diterbitkan oleh BPJS pada tahun 2014, Proses pengajuan klaim dari rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan melalui beberapa tahap verifikasi yaitu

verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan yang berguna untuk menjaga mutu pelayanan serta memaksimalkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi pasien BPJS Kesehatan (BPJS, 2014).

Menurut Permenkes RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang / Kantor Layanan Operasional Kabupaten / Kota BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2014).

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ni Wayan Arikusnadi, Sudirman dan Abdul Kadri pada tahun 2020 di Rumah sakit Bhayangkara Palu mendapatkan hasil bahwa masih ditemukan sebanyak 138 berkas yang dikembalikan. Dengan alasan pengembalian karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan sebanyak 138 berkas (100%). Penyebab yang mendominasi adalah penentuan diagnosa sebesar 125 berkas (90,6%). Hal ini dikarenakan petugas coding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sudah menentukan diagnosa sendiri yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu dan tidak didukung dengan data pendukung, dan juga karena ada perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Arikusnadi et al., 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Supriadi dan Syifa Rosania pada tahun 2018 di Rumah Sakit Hermina Ciputat dari hasil penelitian menemukan sebanyak 142 berkas klaim rawat inap dan 82 berkas rawat jalan yang dikembalikan. Alasan pengembalian karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Penyebab tidak lolos verifikasi terutama karena ketidaktelitian dari petugas pemberkasan dan adanya perbedaan persepsi tentang kode diagnosa antara Rumah Sakit Hermina Ciputat dengan BPJS Kesehatan (Supriadi & Rosania, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Linda Megawati dan Rita Dian Pertiwi pada tahun 2016 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dari hasil perhitungan analisis kelengkapan berkas syarat klaim BPJS pasien rawat inap didapatkan persentase lembar syarat tidak lengkap tersebut yaitu lembar syarat laporan individual pasien sebesar 32 lembar syarat yang tidak lengkap (84%). Lembar laporan penunjang sebanyak 7 lembar syarat yang tidak lengkap (18%). Dan lembar syarat lembar fotocopy kartu BPJS sebesar 4 lembar atau (7%) (Megawati & Pratiwi, 2016).

Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi Jambi yang terletak di Jl. Letjen Suprpto No.31 Telanaipura Jambi. Didirikan pada tahun 1948 dan saat ini berstatus sebagai

Rumah Sakit tipe B Pendidikan dengan total kapasitas 321 tempat tidur rata-rata kunjungan rawat inap 46/hari. Dalam pelaksanaan pengklaiman pasien BPJS kesehatan, RSUD Raden Mattaher Jambi melakukan verifikasi klaim sesuai dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS. RSUD Raden Mattaher pada tahun 2020 dengan jumlah klaim pasien BPJS rawat inap sebanyak 5.660 dengan persentase pengembalian klaim sebanyak 1.821 atau 32,17% yang menyebabkan proses pengklaiman menjadi tertunda ditiap bulannya.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara pada bulan Oktober – November 2020 total berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang dikirim sebanyak 1.161 berkas dengan presentase berkas yang dikembalikan sebesar 374 atau 32,21%. Dengan faktor yang mempengaruhi pengembalian yaitu tidak terlampirnya hasil PA, tidak adanya tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) di resume medis dan tidak ada laporan hasil penunjang. Dampak dari pengembalian berkas klaim adalah terlambatnya pembayaran atas penagihan klaim, menghambat proses pencairan dana klaim, menghambat operasional rumah sakit seperti keterlambatan pembayaran atas jasa pelayanan yang diberikan, menghambat proses pembelian sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan di rumah sakit serta dapat menambah beban kerja petugas *casemix*.

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan diatas peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian dengan judul “**Tinjauan Faktor Penyebab Dikembalikannya Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2021**”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah Apa saja faktor yang mempengaruhi proses pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2021.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor yang mempengaruhi pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2021.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pelaksanaan SPO klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Raden Mattaher Jambi
2. Menghitung persentase persyaratan klaim yang mempengaruhi pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Raden Mattaher Jambi
3. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Raden Mattaher Jambi

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Penulis

Penulis dapat menerapkan dan mempraktikkan ilmu yang telah diperoleh pada waktu perkuliahan, sehingga penulis dapat meningkatkan pengetahuan, serta dapat menambah wawasan dibidang rekam medis terutama terkait tentang faktor yang mempengaruhi proses dalam klaim BPJS.

1.4.2. Bagi Rumah Sakit

Manfaat penelitian ini bagi rumah sakit diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pihak rumah sakit terkait tentang faktor yang mempengaruhi proses dalam klaim BPJS.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian diharapkan dapat bermanfaat dan dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk penelitian lain maupun bahan pertimbangan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor kelengkapan berkas rekam medis yang mempengaruhi pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Raden Mattaher Jambi. Peneliti mengambil judul ini karena ditinjau dari observasi awal yang telah dilakukan masih banyak berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS. Faktor-faktor yang diteliti meliputi tahapan verifikasi klaim yaitu verifikasi administrasi kepersertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif, analisis dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian dilakukan pada bulan November 2020 – Juli 2021, berkas yang diteliti adalah berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS pada bulan Mei 2021.