BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada tahun 2019, tepatnya 1 Desember 2019 ditemukan pasien pertama yang menunjukan gejala terinfeksi virus n*ovel coronavirus* (2019-nCoV) yaitu *coronavirus* jenis baru di Wuhan, China. Dalam waktu singkat wabah ini menyebar ke seluruh dunia.Wabah ini berdampak sangat luas di seluruh dunia dan melumpuhkan sektor, seperti pariwisata, pendidikan, ekonomi, bahkan kesehatan. Pemerintah Indonesia menerapkan kebijakan terkait Covid-19, Covid-19 telah ditetapkan sebagai penyakit infeksi *emerging* tertentu yang menimbulkan wabah dan kedaruratan kesehatan masyarakat, sehingga wajib dilakukan upaya penanggulangan yang membutuhkan pembiayaan (Kemenkes RI, 2021). Pemerintah dalam hal ini segera mengambil tindakan dalam upaya memerangi wabah Covid-19 salah satunya dengan membebaskan biaya bagi masyarakat yang terjangkit virus Covid-19, hal ini sejalan dengan Permenkes RI no 59 tentang pembebasan biaya pasien infeksi *emerging* tertentu (Kemenkes RI, 2016).

Pembiayaan tersebut akan di klaim ke Kementerian Kesehatan RI setelah diverifikasi oleh BPJS kesehatan. Klaim ini dilakukan oleh rumah sakit yang melakukan pelayanan dan perawatan pada pasien Covid-19 yang termasuk kedalam infeksi *emerging* melalui sistem jaminan covid (Ambarwati, 2021). Menurut Permenkes RI no 3 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan,dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2020).

Dalam menjalankan pelayanan dan tugasnya, setiap rumah sakit memiliki rekam medis yang digunakan untuk menyimpan data dan riwayat penyakit pasien, yang nantinya dapat digunakan untuk berbagai macam hal salah satunya pengklaiman tagihan ke instansi terkait. Menurut Permenkes RI no 269 tentang rekam medis, rekam medis adalah sebuah berkas pendokumentasian catatan tentang informasi pasien antara lain: identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2008).

Di dalam rekam medis terdapat berkas yang berguna untuk pengklaiman biaya rawat pasien Covid-19. Apabila terdapat berkas atau lampiran yang tidak lengkap, maka pengajuan klaim tersebut tidak lolos verifikasi oleh BPJS sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Jika hal tersebut terjadi, maka akan dikembalikan ke rumah sakit yang bersangkutan.

Penyebab tidak lolosnya verifikasi oleh BPJS salah satunya adalah akibat dari ketidaksepakatan antara petugas BPJS Kesehatan dengan petugas *casemix* di rumah sakit atas klaim yang bersifat non administratif, atau bukan disebabkan oleh kurangnya berkas berdasarkan berita acara hasil verifikasi atau yang lebih dikenal

dengan kata *dispute*. Hal ini sesuai dengan keputusan menteri kesehatan yang tertuang pada HK. 01.07 No 4344, tentang penggantian biaya pelayanan pasien Covid-19. Kejadian ini akan berdampak pada kerugian rumah sakit. (Kemenkes RI, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian Wiwi Ambarwati beberapa faktor yang mempengaruhi pembiayaan klaim Covid-19 antara lain karena pembayaran tidak tepat waktu, tingginya *dispute* yang disebabkan perbedaan persepsi terhadap regulasi yang berlaku, ketidaksiapan perangkat aplikasi dan jumlah verifikator *dispute* dari Kementerian Kesehatan RI dalam melakukan proses verifikasi ulang (Ambarwati, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian Sri Wahyuni, faktor yang menyebabkan *dispute* klaim adalah ketidaklengkapan resume medis, ketidaktepatan/ ketidaksesuaian kode dengan diagnosa, kelengkapan berkas tidak sesuai persyaratan pengajuan klaim, pemeriksaan penunjang tidak mendukung diagnosa, SOP terkait alur berkas klaim belum tersedia, tidak lolos administrasi pelayanan dan ketidaklengkapan berkas sesuai persyaratan pengajuan klaim serta ketidakcocokan administrasi kepesertaan, perbedaan peresepsi mengenai kode diagnosis antara pihak rumah sakit dengan BPJS (Wahyuni, 2020).

Berdasarkan data BPJS Kesehatan, sepanjang Januari 2021 sampai dengan Oktober 2021, BPJS Kesehatan menerima pengajuan klaim Covid-19 oleh rumah sakit sebanyak 1.345.970 kasus dengan total biaya sebesar Rp 72,3 triliun. Setelah melewati verifikasi yang dilakukan BPJS Kesehatan, hasilnya terdapat 1.180.858 kasus Covid-19 dengan total biaya Rp 64,1 triliun yang lolos verifikasi (BPJS Kesehatan, 2021). Dari hasil verifikasi klaim Covid-19 tahun 2021, terdapat 79.07% klaim yang sesuai sebanyak 933.708 kasus dengan biaya Rp 50.5 triliun, 14,42% klaim *dispute* sebanyak 170.335 kasus dengan biaya Rp 9,9 triliun (BPJS Kesehatan, 2021).

Rumah Sakit Umum Pusat Dr.Sitanala yang beralamat di Jl. Dr. Sitanala No 99, Kelurahan Karangsari, Kecamatan Neglasari, Kota Tangerang mempunyai Luas ± 54 hektar. RSUP Dr. Sitanala diresmikan oleh Ny. Rahmi Hatta pada tanggal 28 Juli 1951 dengan nama Rumah Sakit Sewan. Pada bulan November 2019 telah bertransformasi menjadi RSUP Dr. Sitanala.

Berdasarkan hasil observasi awal di RSUP Dr. Sitanala Tangerang, didapat keterangan berdasarkan berita acara hasil verifikasi oleh BPJS Kesehatan terkait pengajuan klaim pasien Covid-19 dari tahap 1 pada bulan Mei tahun 2020 sampai tahap 5 pada bulan Februari tahun 2021 ada sebanyak 114 kasus, dari 114 kasus ada sebanyak 31 (27,19%) pasien yang masuk dalam kategori *dispute*. Adapun faktor penyebab *dispute* ini antara lain karena, *billing* akomodasi tidak sesuai, pasien tidak signifikan gejala covid, hasil swab sudah negatif tapi masih di rawat,tidak melampirkan hasil lab RT-PCR /*rapid test* tidak dilampirkannya hasil pemeriksaan penunjang, tidak dilaksanakannya terapi untuk pasien yang memiliki komorbid, berakhirnya batas konfirmasi jaminan, dan tidak terlampirnya bukti

intubasi. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya penurunan pendapatan dan berdampak pada terhambatnya operasional rumah sakit dan pelayanan pasien (Ambarwati, 2021). Berdasarkan penjelasan di atas, maka peneliti bermaksud untuk meneliti tentang faktor penyebab *dispute* klaim pasien covid-19 di RSUP Dr. Sitanala.

1.2 Rumusan Masalah

Meningkatnya kasus covid dalam beberapa waktu belakangan, mengakibatkan banyaknya pasien yang di rawat di rumah sakit. Namun dalam pengajuan pembiayaan klaim pasien Covid-19 terdapat beberapa faktor yang menyebabkan klaim tidak terverifikasi oleh verifikator. Berdasarkan penelitian di dapatkan hasil bahwa pengajuan klaim pasien Covid-19 dari tahap 1 pada bulan Mei tahun 2020 sampai tahap 5 pada bulan Februari tahun 2021 ada sebanyak 114 kasus, dari 114 kasus ada sebanyak 31 (27,19%) pasien yang masuk dalam kategori *dispute*. Dalam hal ini, terkait dengan BPJS Kesehatan, jika pengajuan klaim tidak dibayarkan maka pihak rumah sakit dapat mengalami kerugian berupa penurunan pendapatan dan berdampak pada terhambatnya operasional rumah sakit. Berdasarkan uraian diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apa saja faktor penyebab *dispute* klaim pasien Covid-19 di RSUP Dr. Sitanala periode Mei 2020 – Februari 2021?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor penyebab *dispute* klaim pasien Covid-19 di RSUP Dr. Sitanala.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui Alur Verifikasi BPJS pasien Covid-19 di RSUP Dr. Sitanala tahun 2021.
2. Menghitung persentase *dispute* klaim pasien Covid-19 di RSUP Dr. Sitanala tahun 2021.
3. Mengidentifikasi faktor yang menyebabkan *dispute* klaim pasien Covid-19 di RSUP Dr. Sitanala tahun 2021.

1.4 Manfaat penelitian

1. **Bagi pengembangan ilmu pengetahuan**

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan sebagai peningkatan mutu rekam medis dan *casemix* di RSUP Dr. Sitanala dan menghindari potensi kerugian bagi rumah sakit. Menambah kepustakaan yang bisa dimanfaatkan oleh sivitas akademia sebagai bahan referensi untuk tindak lanjuti penelitian selanjutnya. Menambah kepustakaan yang bisa

dimanfaatkan oleh sivitas akademia sebagai bahan referensi untuk tindak lanjuti penelitian selanjutnya.

2. **Bagi kepentingan program pemerintah**
   Hasil penelitian ini diharapkan bisa membantu para instansi terkait untuk mengatasi masalah *dispute* klaim.
3. **Bagi tempat penelitian**
   Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan sebagai peningkatan mutu rekam medis dan *casemix* di RSUP Dr. Sitanala dan menghindari potensi kerugian bagi rumah sakit. Menambah kepustakaan yang bisa dimanfaatkan oleh sivitas akademia sebagai bahan referensi untuk tindak lanjuti penelitian selanjutnya

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian di Rumah Sakit Umum Pusat Sitanala yang beralamat di Jl. Dr. Sitanala No 99 Karangsari, Neglasari, Kota Tangerang. Dengan judul Tinjauan Penyebab *Dispute* Klaim pada Pasien di RSUP Dr. Sitanala diharapkan dengan diketahuinya faktor penyebab *dispute* klaim maka rumah sakit dapat mengurangi potensi *dispute* klaim sehingga rumah sakit terhindar dari kerugian. Pengambilan sampel penelitian berdasarkan dari jumlah berkas *dispute* pada periode Mei 2020 – Februari 2021. Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan kuantitatif dengan metode deskriptif, dengan meneliti secara langsung faktor yang menyebabkan *dispute* klaim di RSUP Dr. Sitanala.