

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi – tingginya (Pemerintah RI, 2009). Untuk mewujudkan hal tersebut, rumah sakit perlu menyelenggarakan pelayanan rekam medis untuk menunjang pemeberian pelayanan kesehatan.

Rekam medis adalah kumpulan berkas atau kesan dari sesuatu yang diucapkan atau dituliskan mengenai keadaan pasien dari masa ke masa. Sifatnya rahasia, informasi yang terkandung didalamnya hanya dapat diberikan atau dikeluarkan sesuai dengan peraturan perundang – undangan kerahasiaan yang berlaku dalam profesi kedokteran atau berdasarkan ketentuan negara. Dalam mengelola rekam medis banyak hal yang harus diperhatikan karena dalam melakukan pengisian, perubahan, penyimpanan dan pemusnahan, masing – masing dari aktivitas tersebut hanya orang atau profesi tertentu yang dapat melakukannya (Widjaja, 2015). Rekam medis sangatlah penting di era BPJS, karena rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti atas pelayanan yang diberikan rumah sakit terhadap pasien.

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Untuk bisa mengikuti program BPJS ini harus terdaftar di BPJS dengan cara mendaftarkan diri dan membayarkan iuran disetiap bulannya. Bagi masyarakat yang tidak mampu maka iuran disetiap bulannya akan ditanggung oleh pemerintah (Pemerintah RI, 2011). Iuran ini nantinya akan digunakan sebagai pengganti biaya atas pelayanan kesehatan yang diterima peserta. Biaya pelayanan kesehatan yang diterima peserta BPJS akan diajukan oleh rumah sakit dengan cara *reimburts* atau klaim.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya

dengan dilengkapi dokumen pendukung yaitu fotocopy kartu BPJS, surat rujukan, surat egibilitas pasien (SEP), surat bukti perawatan, surat pernyataan biaya yang harus dibayar (Perry & Ardhyta Tyas, 2015). Cara pembayaran BPJS adalah dengan cara klaim yang dilakukan pada sistem aplikasi yang bernama *INA-CBGs*, dalam penggunaan sistem aplikasi *INA-CBGs* dibutuhkan suatu kode untuk suatu diagnosis yang biasanya dilakukan oleh koder. Tugas dan wewenang koder yaitu mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode diagnosis penyakit dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM, melakukan klarifikasi dengan dokter, entri data, *coding/grouping* dengan *INA-CBGs*, menyerahkan hasil *grouping* ke verifikator internal (Susanti, 2018).

Berdasarkan Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional persyaratan tersebut harus lengkap dan sesuai saat diajukan kepada verifikator BPJS. Ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian administrasi akan menyebabkan terjadinya pengembalian klaim (Pemerintah RI, 2018). Pengembalian klaim akan mempengaruhi pembiayaan pelayanan dan menghambat operasional rumah sakit.

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Indonesia menggunakan sistem pembayaran prospektif untuk metode pembayaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Lanjutan (FKRTL). Metode pembayaran prospektif dikenal dengan *case based payment (casemix)*. Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper* atau sistem *INA-CBGs* (Pemerintah RI, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Cathryn Gabriella terhadap faktor yang mempengaruhi pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Pemerintah Fatmawati Tahun 2020 pada bulan Maret – Mei terdapat 218 berkas klaim pasien rawat inap yang dikembalikan, yang terdiri dari tiga jenis pengembalian yaitu akibat Faktor Administrasi Kepesertaan 1,8%, Verifikasi Administrasi Pelayanan 17%, dan Verifikasi Pelayanan 81,2%. Faktor pengembalian yang disebabkan oleh verifikasi pelayanan adalah faktor pengembalian yang paling sering terjadi di Rumah Sakit Umum Pemerintah Fatmawati pada tahun 2020 (Gabriella, 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Laela Indawati di Rumah Sakit Umum Pemerintah Fatmawati tahun 2016 terhadap pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap pada bulan Januari – April terdapat 1719 klaim yang dikembalikan, terdiri dari empat kategori yaitu Perbaikan Administrasi 19%, Pinjam Status 7%, Konfirmasi Koding 36%, dan Kelengkapan Resume 38%, dari empat faktor tersebut pengembalian terbanyak adalah dari kategori Kelengkapan Resume 38% (Indawati, 2019).

Keterlambatan pengiriman berkas klaim berdampak kepada penerimaan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan. Keterlambatan penerimaan pembayaran ini mempengaruhi arus kas rumah sakit, hal ini mempengaruhi kebijakan alokasi dan perencanaan anggaran rumah sakit. Kebijakan ini tentunya mempengaruhi kualitas mutu layanan di rumah sakit dalam dimensi kompetensi, dimensi efektifitas pelayanan, dimensi keamanan dan dimensi kenyamanan pelayanan (Anyaprita, 2020). Oleh karena itu pembayaran biaya klaim BPJS sangat berpengaruh terhadap lancarnya keberlangsungan sistem operasi atau sistem perencanaan rumah sakit dalam menjaga dan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Duren Sawit adalah rumah sakit Tipe B. RSKD Duren Sawit memiliki 2 pelayanan, pertama pelayanan khusus terkait kesehatan jiwa dan penyalahgunaan narkotika dengan tarif pelayanan kesehatan BPJS Tipe A, kedua adalah pelayanan umum dengan tarif pelayanan kesehatan BPJS Tipe B. Jumlah kunjungan pasien BPJS rawat inap selama tahun 2021 sebanyak 16.106 pasien rawat inap. Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta yang terletak di Jl. Duren Sawit Baru No.02 Duren Sawit, Jakarta timur. Visi RSKD Duren Sawit adalah Sebagai Rumah Sakit Dengan Pelayanan Kesehatan Jiwa Dan Mental Yang Berstandar Internasional. RSKD Duren Sawit merupakan rumah sakit khusus yang menangani pengidap penyakit dengan gangguan kejiwaan dan penyalahgunaan narkotika.

Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit memiliki 2 jenis pengembalian klaim yaitu gagal terpurifikasi dan pending. Gagal terpurifikasi adalah gagalnya pembacaan oleh sistem karena adanya kesalahan dalam memasukan administrasi pasien pada sistem klaim BPJS seperti nomor SEP, tanggal masuk / keluar pasien, dan cara pulang pasien. Pengembalian klaim pending adalah terjadi karena ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan berkas pelayanan, hal ini yang menyebabkan tidak lolosnya berkas klaim pada saat verifikasi pelayanan yang dilakukan oleh verifikator BPJS. Untuk pengembalian karena perihal perbedaan persepsi

atau ketidaksepakatan (*dispute*) klaim, pengembalian ini dikategorikan pada pengembalian pending.

Untuk melihat gambaran awal penelitian terhadap faktor penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur. Peneliti melakukan observasi pendahuluan di Unit Mobilisasi Dana Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur pada bulan November – Desember tahun 2021, dengan mengambil data pengembalian klaim bulan September tahun 2021 untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian klaim BPJS.

Bulan September tahun 2021 memiliki populasi 411 berkas klaim pasien rawat inap yang diajukan kepada BPJS, dari 411 berkas klaim pasien rawat inap terdapat 136 (33,09%) yang dikembalikan oleh verifikator BPJS. Pengembalian tersebut terdiri dari, 38 (27,95%) berkas klaim yang gagal terpurifikasi dan 98 (72,05%) pending. Dari total pengajuan berkas klaim pasien rawat inap, berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS karena didasari oleh ketatalaksanaan sesuai Surat Edaran Menteri Kesehatan No.HK.02.03/3/2411/2018 tentang Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBGs Tahun 2018.

Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021” dengan harapan penelitian ini dapat berpengaruh pada perkembangan keilmuan dan dapat meminimalisir ketidaktepatan pengodean pada klaim BPJS.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, maka dirumuskan masalah dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu apa saja Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian yang penulis lakukan adalah untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur tahun 2021.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui prosedur pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur tahun 2021.

- b. Menghitung persentase pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur tahun 2021.
- c. Mengetahui faktor yang menyebabkan pengembalian klaim BPJS pasien rawat di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur tahun 2021.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Dapat memperluas wawasan terhadap keilmuan terhadap penatalaksanaan pengklaiman BPJS Kesehatan, dan menjadi masukan sebagai bahan referensi untuk pembelajaran.

1.4.2. Bagi Program Pemerintah

Sebagai acuan bagi institus yang berwenang untuk menyusun pengaturan kewenangan profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, dengan memperhatikan kompetensi tentang pengklaiman pasien BPJS untuk peningkatan pelayanan kesehatan di Indonesia.

1.4.3. Bagi Tempat Penelitian

Sebagai bahan masukan bagi pihak Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan khususnya dibagian Mobilisasi Dana dalam melakukan pengklaiman pasien BPJS rawat inap.

1.5. Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan di unit Mobilisasi Dana di RSKD Duren Sawit yang berada di Jl. Duren Sawit Baru No.02, RW 006, Pd. Bambu, Kec. Duren Sawit, Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 13430. Dengan judul penelitian tentang Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RSKD Duren Sawit Tahun 2021. Penelitian ini akan dilakukan di bulan Februari 2022 dengan menggunakan metode analisis kuantitatif dan diharapkan dapat mengetahui apa faktor penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap.