

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah lembaga 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. Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2009).

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pemerintah bertujuan untuk memberikan kesejahteraan sosial serta perlindungan bagi seluruh rakyat Indonesia. JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang didalamnya dibagi menjadi 2 bagian yaitu BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan. Melalui program tersebut, pemerintah mengharapkan setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan berkurangnya pendapatan karena mengalami sakit, terjadi kecelakaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun, dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Indonesia telah memiliki sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Terwujudnya tujuan dari Sistem Jaminan Sosial Nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum publik berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat serta hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan kepentingan peserta. Sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk rumah sakit pada era JKN salah satunya adalah dengan sistem pembayaran *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs), Sistem INA-CBGs merupakan model pembayaran klaim yang digunakan oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit dengan menggunakan sistem *grouping* tarif berdasarkan diagnosa penyakit yang diderita oleh pasien dan prosedur, dengan menggunakan sistem INA-CBGs, maka perhitungan tarif pelayanan lebih objektif berdasarkan biaya sebenarnya. (BPJS, 2011).

INA-CBGs adalah sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan resume medis penyakit yang diderita pasien. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Penghitungan tarif INA-CBGs berbasis pada data costing dan data coding rumah sakit. Data costing didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit

sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit. Melalui INA-CBGs diharapkan dapat meningkatkan mutu dan efisiensi rumah sakit. Sistem INA-CBGs menjadi sistem dalam pengkodean dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi output pelayanan kepada pasien, pengkodean ini berdasarkan data *costing* dan *coding* penyakit yang mengacu pada *International Classification of Diseases (ICD)*. Berdasarkan pedoman dari WHO dengan acuan ICD-10 digunakan untuk menentukan pengkodean diagnosa dan ICD-9 untuk menentukan pengkodean prosedur atau tindakan yang diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2014).

Pengertian klaim adalah permintaan atau pengajuan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Klaim sangat berpengaruh pada pengembangan sistem pelayanan kesehatan, sistem pembayaran pelayanan kesehatan, dan sistem kendali mutu pelayanan kesehatan dalam meningkatkan efektivitas dan efisiensi. Jaminan kesehatan yang dilakukan memiliki prosedur dan kebijakan dalam pelaksanaan pelayanan yang diberikan. Prosedur dan kebijakan tersebut merupakan penjelasan fasilitas kesehatan yang di haruskan mengajukan klaim secara rutin yaitu maksimal tanggal 10 bulan berikutnya kecuali kapasitas, tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan. Setelah fasilitas kesehatan mengajukan klaim dan sudah diterima secara lengkap oleh pihak BPJS Kesehatan, maka pihak BPJS Kesehatan wajib membayar atas pelayanan yang telah diberikan fasilitas pelayanan kesehatan kepada peserta atau pasien maksimal 15 hari kerja. Jika salah satu persyaratan tidak ada akan berakibat proses klaim menjadi terlambat. Sehingga verifikator akan mengembalikan berkas klaim tersebut dan petugas rumah sakit diminta untuk melengkapinya. Berkas klaim yang dipending menyebabkan kerugian bagi rumah sakit, terlebih rumah sakit pemerintah yang memiliki banyak pasien jaminan kesehatan akan mengalami kerugian karena tidak adanya kesesuaian biaya pelayanan dengan klaim yang sudah dibayar. Sebelum pengajuan klaim, pihak rumah sakit wajib melakukan verifikasi administrasi kelengkapan dokumen seperti fotocopy kartu BPJS Kesehatan, fotocopy KTP, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Surat Rawat, Resume Medis yang telah ditandatangani oleh Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP), Ringkasan Riwayat Masuk & Keluar Pasien, dan surat pembayaran biaya yang harus dibayar. Verifikator juga harus memastikan bahwa diagnosa dan prosedur sudah sesuai dengan ICD-10CM dan ICD-9CM (BPJS Kesehatan, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian lain diperoleh kesimpulan proses verifikasi berkas klaim pasien peserta JKN-KIS dilakukan dengan memeriksa dan

menguji kelayakan berkas-berkas klaim yang ada dengan berkas klaim yang telah dikirim melalui aplikasi v-claim. Faktor yang menjadi penghambat dalam proses pengajuan klaim seperti kesalahan dalam proses coding, kurangnya ketersediaan SDM untuk administrasi klaim, tidak adanya verifikator internal, tidak adanya SOP terkait dengan proses pengajuan klaim, terlambatnya pemasukan berkas dari ruangan-ruangan serta adanya kendala terkait masalah koneksi jaringan yang kurang memadai sehingga proses pengajuan menjadi tidak optimal (R.E Wowor, 2019).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Risky Joko Manaida dan teman-teman disimpulkan bahwa pelaksanaan pengajuan klaim BPJS kesehatan pada poin berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya di RSU Pancaran Kasih GMIM Manado, masih ada hal-hal yang perlu diperbaiki oleh pihak rumah sakit mulai dari diagnosa dari dokter yang tidak tepat, perbedaan coding antara rumah sakit dan coding BPJS, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak ada berkasnya serta masih ada hal-hal yang perlu diperbaiki antara lain banyak perawat dan juga DPJP yang masih sering salah dalam mengisi tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar, berkas yang tidak terisi diagnosa penyakit dan perlu konfirmasi lagi dengan dokter yang menangani pasien tersebut (Manaida et al., 2016).

Pada hasil penelitian sebelumnya diperoleh kesimpulan bahwa pelaksanaan klaim pasien Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Tk. IV Daan Mogot Kesda Jaya harus berdasarkan persyaratan dan dokumen – dokumen yang lengkap, jika tidak lengkap maka belum bisa dilakukan proses pengklaiman. Prosedur klaim dilaksanakan oleh petugas coding dan petugas klaim rumah sakit selanjutnya akan diverifikasi kelengkapan dokumennya oleh pihak BPJS yang ada di rumah sakit. SDM yang terkait proses klaim BPJS adalah petugas penerimaan pasien, petugas assembling, petugas *coding* di unit rekam medis, petugas rekap data klaim BPJS pada unit keuangan rumah sakit, dan dokter umum yang diberi tugas dan wewenang verifikasi dari kepala rumah sakit (Achmad Sajiyo, 2017).

Kesimpulan dari pernyataan bahwa proses pengklaiman berkas kepada pihak BPJS Kesehatan masih terdapat ketidaklengkapan berkas klaim, ketidaksesuaian coding diagnosa dan tindakan, kurangnya ketersediaan SDM, dan ketidaklengkapan berkas penunjang medis lain (bila diperlukan) hal ini disebabkan ketidaktelitian pada proses klaim sehingga masih terdapat berkas klaim yang mengalami keterlambatan atau *pending*.

Rumah Sakit Islam Sukapura adalah salah satu rumah sakit amal usaha Muhammadiyah dibawah kendali pimpinan pusat Muhammadiyah. Rumah Sakit Islam Muhammadiyah beralamat Jl. Tipar Cakung No.5, RT.5/RW.5, Sukapura, Kec. Cilincing, Kota Jkt Utara, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 14140. Diresmikan pada tanggal 4 Mei 1992 oleh menteri Agama RI saat itu yakni Prof. Dr. Munawir Sadjali, MA. Rumah Sakit Islam Sukapura

merupakan rumah sakit tipe B dengan kapasitas tempat tidur rawat inap sebanyak 110 tempat tidur.

Berdasarkan observasi awal, untuk memberikan pelayanan yang efisien dan akurat, proses klaim BPJS Kesehatan di unit rawat inap Rumah Sakit Islam Sukapura harus berdasarkan persyaratan dan dokumen yang lengkap seperti administrasi kepesertaan, verifikasi kelengkapan berkas, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Dari hasil wawancara petugas unit penagihan *verifikator* diketahui bahwa masih terdapat berkas yang tertunda pada bulan Oktober-Desember 2021 sebanyak 294 berkas. Jika persyaratan tidak lengkap maka akan mengalami ketertundaan klaim dan berkas klaim tidak bisa diproses sehingga pencairan dana yang seharusnya diterima oleh rumah sakit menjadi tertunda pencairannya.

Dari hasil latar belakang diatas, disimpulkan bahwa peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Tinjauan Proses Klaim BPJS Kesehatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Tahun 2021”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimana proses klaim BPJS Kesehatan di unit rawat inap Rumah Sakit Islam Sukapura?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui proses klaim BPJS Kesehatan di unit rawat inap Rumah Sakit Sukapura.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Proses klaim BPJS Kesehatan di unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura.
2. Mengetahui faktor apa saja yang menghambat proses klaim BPJS Kesehatan di unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Mempraktekan langsung teori yang sudah di dapat dan menambah wawasan bagi pengembang ilmu pengetahuan yang melakukan penelitian dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan.

1.4.2 Manfaat Program Pemerintah

Manfaat untuk program pemerintah dari hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagian bahan penelitian lebih lanjut serta menjadi tambahan keustakaan di instusi pendidikan.

1.4.3 Manfaat Bagi Rumah Sakit

Manfaat bagi rumah sakit dari hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi rumah sakit dan unit kerja rekam

medis khususnya dalam menjalankan pengklaiman BPJS Kesehatan dengan baik sesuai SPO.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Rekam Medis, Casemix, dan Penagi Rumah Sakit Islam Sukapura yang beralamat Jl. Tipar Cakung No.5, RT.5/RW.5, Sukapura, Kec. Cilincing, Kota Jakarta Utara, Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Ruang lingkup dari penelitian ini adalah “Tinjauan Proses Klaim BPJS Kesehatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Tahun 2021”. Peneliti mengambil judul tersebut dikarenakan dari hasil wawancara dengan petugas unit penagihan Rumah Sakit Islam Sukapura, banyak masalah terkait proses klaim rawat inap yang mengakibatkan terlambatnya pencairan dana ke rumah sakit bila ditemukannya berkas klaim BPJS Kesehatan yang mengalami keterlambatan atau *pending*. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2022 – April 2022. Observasi awal dilakukan pada bulan Desember 2021. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode deksriptif kualitatif dan diharapkan dapat mengetahui proses klaim BPJS Kesehatan di rawat inap Rumah Sakit Islam Sukapura.