

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. 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 (Kementrian Kesehatan RI, 2013). Dengan begitu pemerintah secara tidak langsung memberikan perlindungan sosial kepada seluruh rakyat dan menjamin agar rakyat terpenuhi dan layak atas dasar kebutuhan hidupnya. Melalui peraturan tersebut pemerintah menjelaskan secara lengkap dan sesuai dengan aspek hukum melalui perundang-undangan yang di dalamnya berisi bagaimana pemerintah menjalankan program tersebut.

Undang-Undang No. 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Nasional merupakan dasar dari terbentuknya peraturan perundang-undangan mengenai sistem jaminan sosial dan badan penyelenggaraan jaminan sosial sehingga menjadikan bukti bahwa pemerintah memiliki komitmen untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Kesejahteraan sosial yang ada pada Pancasila butir ke-5 (lima) menjadi alasan karena setiap orang berhak atas jaminan sosial sebagai bentuk perlindungan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak serta meningkatkan martabatnya. Sistem Jaminan Nasional merupakan tatacara pelaksanaan dari program jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara. Sistem ini dikelola oleh suatu badan yang ditetapkan oleh undang-undang yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)(Kementrian Kesehatan RI, 2014b).

Jaminan kesehatan yang dilaksanakan tentunya memiliki prosedur dan kebijakan dalam pelaksanaan pelayanan yang diberikan. Prosedur dan kebijakan tersebut merupakan penjelasan fasilitas kesehatan diharuskan 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. BPJS Kesehatan memiliki sebuah sistem yang digunakan untuk mempermudah pengajuan klaim dengan berdasarkan diagnosa penyakit yang telah dikelompokkan(Kementrian Kesehatan RI, 2014b).

Pengelompokkan tersebut merupakan sistem yang digunakan untuk mengajukan klaim dengan pola pembayaran *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) pada tarif pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Sistem ini menggunakan kodefikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur untuk dijadikan output

pelayanan (Kementrian Kesehatan RI, 2014a). ICD-10 dan ICD-9-CM dijadikan acuan untuk kodefikasi tersebut(Kementrian Kesehatan RI, 2014a).

Sebelum mengajukan klaim, pihak rumah sakit melakukan verifikasi administrasi dengan dokumen yang dibutuhkan lengkap atau tidak. Dokumen yang dibutuhkan menyangkut tentang identitas pasien beserta resume medis. Secara lengkap dokumen yang dibutuhkan yaitu, *fotocopy* kartu BPJS, surat rujukan, Surat Egibilitas Pasien (SEP), surat perintah rawat inap, resume yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), surat pernyataan, biaya yang harus dibayar(BPJS Kesehatan, 2014b). Selain dokumen diatas yang sudah terverifikasi, verifikator harus memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur dengan kode ICD-10 dan ICD-9 CM berdasar dengan panduan yang terdapat dalam juknis Ina-CBG's(Kementrian Kesehatan RI, 2014a).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional masyarakat menjelaskan jika salah satu persyaratan tidak ada atau item-item yang seharusnya diisi, akan tetapi tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada proses klaim. Sehingga verifikator akan mengembalikan berkas tersebut dan mempending berkas tersebut agar petugas di rumah sakit melengkapi dokumen-dokumen yang dikembalikan karena tidak lengkap. 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(Kementrian Kesehatan RI, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian Frandhica Septyan Ningrum dan Tri Lestari dengan judul Tinjauan Pelaksanaan Prosedur Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen menyebutkan bahwa persyaratan berkas klaim rawat inap di RSUD Lembang yaitu fotocopy kartu BPJS, fotocopy KTP serta KK, SEP, surat perintah rawat inap, lembar resume medis, fotocopy rincian bayaran perawatan, laporan operasi, laporan anestesi, print out hasil grouping, fotocopy surat kematian dan kelahiran (jika pasien mati atau lahir), fotocopy penunjang medik lain. Kendala yang terjadi yaitu belum memiliki SPO, kelengkapan persyaratan untuk klaim BPJS belum lengkap(Ningrum & Lestari, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian Risky Joko Manaida, Adisti A. Rumayar, dan Grace D. Kandou dengan judul Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado menjelaskan bahwa pelaksanaan prosedur klaim di Rumah Sakit Pancaran Kasih GMIM pada poin rekapitulasi, berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya masih terdapat hal yang harus diperbaiki. Yaitu perawat dan DPJP masih sering salah atau kurang dalam mengisi tanggal keluar masuk dan berkas tidak terisi dan tidak tepat terkait diagnosa penyakit(Manaida et al., 2016).

Meringkas dari pernyataan diatas, bahwa pada proses pengklaiman berkas kepada BPJS Kesehatan masih terdapat ketidaktepatan pada prosedur klaim sehingga banyak terjadinya pending yang disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas klaim, ketidaksesuaian diagnosa dengan tindakan yang dilakukan, diagnosa dokter yang kurang jelas, dan resume medis yang kurang lengkap. Maka dari itu, pihak verifikasi BPJS mengembalikan berkas klaim yang masih memiliki kekurangan. Apabila prosedur klaim yang dijalankan sudah sesuai, tidak ada nya lagi pending dalam proses pengklaiman.

Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto merupakan rumah sakit tipe A yang berlokasi di Jalan Abdul Rahman Saleh No. 24 Kecamatan Senen, Jakarta Pusat, DKI Jakarta. Observasi awal dilakukan pada 29 Oktober & 1 November 2021 di Administrasi Pelayanan Pasien (APP). Observasi awal yang dilakukan di Administrasi Pelayanan Pasien (APP) dengan melakukan wawancara terhadap verifikasi rumah sakit dan meneliti berkas yang dikembalikan karena tidak sesuai dengan prosedur klaim sehingga masih terdapat kekurangan. Hampir secara keseluruhan pasien di RSPAD Gatot Subroto merupakan Peserta BPJS. Oleh karena itu jumlah pasien BPJS di RSPAD Gatot Subroto setelah diakumulasi kan selama satu tahun yaitu tahun 2021, rata-rata pasien BPJS yang datang dalam satu bulan yaitu 31.700 pasien. Jumlah tersebut dibagi menjadi 2 bagian dengan rawat jalan sebanyak 30.000 pasien, dan rawat inap 1.700. Lalu pada bulan September 2021 terdapat 1.394 berkas yang diajukan, dari total berkas tersebut 150 diantaranya dikembalikan karena masih terdapat kekurangan sehingga berkas tersebut dikembalikan. Peneliti melakukan observasi terhadap 30 dari 150 berkas yang dikembalikan pada bulan September. Dari 30 berkas tersebut sebanyak 7 berkas memiliki kekurangan pada laporan berkas penunjang serta tatalaksana yang dilakukan terhadap pasien. Sebanyak 17 berkas memiliki kesalahan pada kodefikasinya seperti kodefikasi kondisi bayi lahir yang tidak ada, kodefikasi prosedur yang tidak ada, kesalahan pada kodefikasi, serta kodefikasi kode Z untuk pasien control kembali tidak ada. 2 berkas berubah menjadi klaim rawat jalan dikarenakan tidak adanya administrasi dalam mengurus rawat inap dan indikasi medis rawat inap tidak ada. 1 berkas dikembalikan karena status pasien pulang merupakan pasien akan dirujuk namun tidak ada surat rujukan serta alasan pasien dirujuk tidak ditemukan. 1 berkas merupakan berkas kecelakaan lalu lintas *out of control* yang perlu dikonfirmasi karena pasien bukan penderita pneumonia ataupun bronchopneumonia jadi indikasi tersebut harus dihapus. 1 berkas tidak adanya simplifikasi. Dan 1 berkas korban belum ditangani oleh pihak kepolisian menurut kesimpulan survey. Dengan hal ini, maka jika setiap bulan mengalami pengembalian berkas dengan jumlah yang tidak sedikit maka akan terdapat kerugian pada rumah sakit tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dibuat, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah Bagaimana Gambaran Prosedur Klaim Peserta Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran prosedur klaim peserta rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi SPO pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto
2. Mengetahui pelaksanaan kegiatan pengajuan klaim di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto
3. Mengidentifikasi kendala dalam pengajuan klaim di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk menambah pengetahuan prosedur klaim sehingga ke depannya klaim sudah terlaksana sesuai prosedur dan terhindar dari kesalahan dalam melakukan klaim.

1.4.2 Kepentingan Program Pemerintah

Penelitian ini bermanfaat bagi program pemerintah agar kebijakan terkait prosedur klaim lebih diperhatikan di setiap rumah sakit sehingga prosedur yang dijalankan terlaksana dengan baik

1.4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini bermanfaat bagi tempat penelitian sebagai bahan masukan kepada tempat penelitian agar prosedur klaim yang dijalankan terlaksana dengan baik sesuai dengan SPO yang ada.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran prosedur klaim peserta rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto. Penelitian dilakukan di Administrasi Pelayanan Pasien (APP) RSPAD Gatot Subroto. Observasi awal dilakukan pada 29 Oktober 2021 & 1 November 2021. Penelitian dilakukan pada Mei 2022 - Juni 2022. Peneliti mengambil judul ini dikarenakan saat melakukan observasi awal peneliti menemukan cukup banyak masalah terkait prosedur klaim rawat inap. Masalah tersebut memiliki akibat berkurangnya pendapatan yang diterima rumah sakit jika prosedur tersebut menjadikan berkas menjadi pending. Metode penelitian yang

digunakan ialah analisis deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Melakukan wawancara kepada informan untuk mengetahui prosedur dalam pengklaiman rawat inap.