

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan instansi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara maksimal yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang diharap dapat memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien terutama pada proses pembiayaan. Dalam penyelenggaraan BPJS Kesehatan rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut (Permenkes RI, 2020). Pelayanan kesehatan pada masyarakat merupakan tanggung jawab pemerintah, sebagai bentuk kerjasama pelaksanaan perlindungan kesehatan yaitu dengan menerapkan sistem jaminan kesehatan nasional.

Jaminan kesehatan nasional (JKN) merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan yang dimana masyarakat mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dan perlindungan pemenuhan kebutuhan dasar pembayaran kesehatan yang diberikan kepada seluruh masyarakat yang sudah berkontribusi atau mempunyai iuran yang dibayarkan oleh pemerintah (Harnaning, 2016). JKN telah dilaksanakan oleh badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) Kesehatan sejak 1 Januari 2014 (BPJS, 2014). JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dilaksanakan menggunakan skema jaminan kesehatan sosial yang bersifat (mandatory) atau wajib, dimana setiap masyarakat wajib mengikuti program tersebut (Permenkes RI, 2022a). Sistem pembayaran yang diterapkan oleh JKN dengan menggunakan metode pembayaran prospektif yaitu Casemix.

Casemix merupakan sistem pembayaran fasilitas kesehatan dirumah sakit yang berhubungan dengan mutu, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Sistem casemix merupakan pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengarah pada gambaran klinis, juga penggunaan sumber daya atau pengobatan yang sejenis atau serupa. pengelompokan tersebut dilakukan menggunakan grouper. Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama Indonesia Diagnosis Related Group (INA-DRG). pelaksanaan pembayaran dengan menggunakan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 dan Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan tata nama (nomenklatur) dari INA-DRG menjadi Indonesia Case Based Group (INA-CBGs) (Permenkes RI., 2014).

INA-CBGs merupakan proses pembayaran yang dilakukan melalui tarif paket meliputi seluruh komponen sumber daya dirumah sakit yang dipergunakan untuk pelayanan medis maupun non medis. Sistem INA-CBGs merupakan aplikasi yang digunakan untuk pengajuan klaim rumah sakit (Putra et al., 2023). Sistem pembayaran menggunakan tarif INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS di rumah sakit perlu melalui tahap verifikasi berkas oleh pihak verifikator BPJS Kesehatan. Tujuan dilakukannya verifikasi administrasi yaitu untuk memastikan ketepatan kode diagnosis serta prosedur pelayanan dalam proses tagihan pihak asuransi penjaminan dengan menggunakan kode ICD 10 dan ICD-9 (Peraturan BPJS Kesehatan RI No 3, 2017).

Episode adalah jangka waktu perawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap, termasuk konsultasi atau pemeriksaan dokter dan atau pemeriksaan penunjang maupun pemeriksaan lainnya. Untuk setiap episode hanya dapat dilakukan 1 (satu) kali klaim. Pada sistem INA-CBG ada 2 (dua) episode yaitu episode rawat jalan dan rawat inap (Permenkes RI, 2021)

Alur klaim yaitu meliputi dari awal unit pelayanan pasien rawat jalan, rawat inap, IGD berkas disatukan dan di cetak billing, setelah proses billing petugas akan menyusun berkas

di bagian pemberkasan untuk memverifikasi kelengkapan berkas, lalu berkas masuk ke bagian casemix untuk dilakukan proses pengkodean diagnosis dan prosedur untuk memunculkan tagihan biaya yang dibayarkan oleh BPJS, Setelah di verifikasi berkas akan diserahkan ke bagian scanning untuk melakukan scan berkas, berkas yang sudah divalidasi akan di bridging menggunakan aplikasi e-klaim, Setelah di bridging berkas akan diupload ke fitur berkas eklaim dalam aplikasi e-klaim, lalu petugas akan melakukan penagihan kepada BPJS menggunakan aplikasi e-klaim, lalu pihak BPJS akan melakukan pengecekan berkas mana saja yang bisa dibayarkan dan yang tidak, berkas yang lolos akan dibayarkan pihak BPJS dan apabila ada yang belum lolos verifikasi dari pihak BPJS akan dikirimkan umpan balik berkas yang belum memenuhi persyaratan untuk dibayarkan, umpan balik akan di cek dan dikembalikan lagi ke bagian casemix untuk dilengkapi (BPJS, 2014). Berkas umpan balik dari pihak BPJS yang akan membuat terjadinya pending pada proses klaim pembiayaan ada beberapa jenis pending.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi Nur Fadilah dan Zahwa Alya di Rumah sakit hermina galaxy, pada total keseluruhan berkas klaim pasien rawat jalan yang diajukan sebanyak 30.940 berkas, di periode Oktober-Desember tahun 2021. Dapat ditemukan perbandingan persentase antara berkas klaim yang tidak lolos verifikasi dengan klaim yang lolos verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan. Jumlah berkas klaim tertunda pasien rawat jalan BPJS pada bulan Oktober sebanyak 111 berkas (1%) dari 9822 yang diajukan, pada bulan November sebanyak 66 berkas (1%) dari 10578 yang diajukan, dan pada bulan Desember sebanyak 181 berkas (2%) klaim tertunda dari 10540 yang diajukan (Dewi Nur Fadilah & Alya, 2023).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Latifah Maulina dan Putri Anita Setiya pada Rumah Sakit Panti Wilasa dr. Cipto Semarang jumlah klaim rawat jalan BPJS Kesehatan pada semester II tahun 2019 terdapat 111.145 berkas yang diajukan rumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, jumlah klaim rawat jalan RS Panti Wilasa dr. Cipto Semarang yang ditunda oleh BPJS kesehatan pada semester II tahun 2019 yaitu terdapat 11.409 berkas (bulan Juli dengan jumlah 777 berkas (7%), bulan Agustus dengan jumlah 1.543 berkas (14%), bulan September dengan jumlah 3.276 berkas (29%), bulan Oktober dengan jumlah 3.221 berkas (28%), bulan November dengan jumlah 1.442 berkas (13%), dan bulan Desember dengan jumlah 1.150 berkas (10%). hal ini dikarenakan ketidaktepatan kode diagnosis dengan koding INA CBG's, terdapatnya ketidaklengkapan prosedur dan terapi serta ketidaklengkapan tanda tangan DPJP (Latifah Maulina & Setiya, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahayu Tiny, Tika Mia Rahma, Lestariyowidodo Septa pada rumah sakit X, terdapat (1%) 4027 pasien dengan 38 kasus fragmentasi pada bulan Januari, (1%) 33 kasus fragmentasi dari 3.995 pasien pada bulan febuari dan terdapat (1%) 24 berkas dari 3.832 pasien pada bulan maret. Kasus klaim fragmentasi pada Pasien Rawat Jalan yang rata-rata terjadi akibat jadwal kontrol pasien rawat jalan yang berdekatan atau bisa juga disebut dengan fragmentasi atau (Service unbundling / breakdown of treatment episode) (Rahayu et al., 2022).

Administrasi kesehatan merupakan proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, koordinasi dan evaluasi sumber daya, prosedur dan kapasitas yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan pelayanan kesehatan seperti pending klaim BPJS, pelayanan medis dan lingkungan yang sehat dengan cara menyediakan dan mengelola berbagai layanan kesehatan. kegiatan yang ditujukan kepada perorangan, keluarga, ataupun kelompok masyarakat. Administrasi memiliki beberapa pending rawat jalan salah satunya yaitu fragmentasi (Maisyarah et al., 2014).

Fragmentasi merupakan kunjungan berulang rawat jalan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) pada kasus yang sama dengan diagnosis serupa dari episode

rawat jalan sebelumnya dalam kurun waktu kurang atau setara dengan 7 hari. Kondisi yang dikecualikan dari kasus fragmentasi adalah sebagai berikut: didalam kondisi gawat darurat sesuai dengan regulasi yang berlaku, penyakit kronis, serangkaian tindakan/prosedur/post prosedur yang terjadwal oleh dokter atau fasilitas pelayanan kesehatan sesuai petunjuk medis dan tidak dapat dilakukan dalam satu episode, atau konsultasi hasil dari pemeriksaan penunjang yang tidak dapat dilakukan dalam satu episode (Permenkes RI, 2021).

Alasan mengapa penulis memilih meneliti tentang pending kasus fragmentasi, dikarenakan kasus fragmentasi ini salah satu pending yang tidak boleh dilakukan oleh rumah sakit, meskipun kasus fragmentasi ini hanya sedikit ditemukan, tetapi kasus ini tidak boleh ada di rumah sakit, karena pending kasus fragmentasi termasuk jenis kecurangan (fraud) oleh Fasilitas Kesehatan atau pemberi pelayanan kesehatan di FKRTL. (Permenkes RI, 2019)

Dampak dari klaim yang pending akan menyebabkan proses jalannya keuangan rumah sakit terganggu karena, adanya kendala pada proses pembayaran klaim asuransi ke BPJS. Rumah sakit umum daerah banyak menerima pasien dengan menggunakan asuransi kesehatan BPJS oleh karena itu hal ini dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit pemerintah dengan adanya proses klaim yang tertunda, sehingga mengalami kerugian akibat ketidaktepatan pada proses pembiayaan layanan dengan jumlah klaim yang akan dibayarkan (Puspaningsih et al., 2022).

Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih merupakan rumah sakit pendidikan tipe B yang memiliki fasilitas pelayanan 24 Klinik klinik, instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, instalasi rehab medik, medical check-up, penunjang medik seperti (Instalasi Laboratorium, instalasi farmasi, instalasi radiologi, instalasi gizi), instalansi penunjang khusus seperti (CSSD, gas medik, kamar jenazah, laundry), kamar operasi, haemodilisa, NICU, ICU. RSUD Budhi Asih merupakan fasilitas pelayanan kesehatan umum yang terletak di Jl. Dewi Sartika III No.200, RT.1/RW.3, Cawang, Kec. Kramat jati, Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 13640, Indonesia.

Berdasarkan hasil observasi awal yang dilakukan pada tanggal 27 November 2023 didapatkan hasil kunjungan pasien rawat jalan di RSUD Budhi Asih rata-rata per bulan mencapai 637 pasien per hari. Peneliti mengambil sampel pending rawat jalan pada bulan April 2023 yang menunjukkan hasil bahwa ada 13 kasus fragmentasi dari 78 pending rawat jalan dengan (16,7%) pada bulan April. Pada RSUD Budhi Asih pending rawat jalan terbanyak yaitu kasus koding Beberapa kasus pending rawat jalan pada RSUD Budhi Asih selama bulan April-Juli tahun 2023 yaitu pending Koding (41%), pending klinis (18%), pending administrasi (19%) dan pending fragmentasi (11%). selain itu bedasarkan observasi awal beberapa petugas masih belum memahami tentang kasus fragmentasi, dikarenakan setiap bulan selalu ditemukan pending fragmentasi, hal ini menandakan bahwa kasus ini belum bisa ter manajemen dengan baik. Berdasarkan latar belakang ini peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis manajemen penyelesaian pending kasus fragmentasi di RSUD Budhi Asih” dikarenakan perbandingan kasus ini pada rumah sakit lain seharusnya sudah (0%).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan deskripsi latar belakang di atas, terdapat rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu berapa banyak pending kasus fragmentasi, apa penyebab dan bagaimana penyelesaian pending klaim kasus fragmentasi di RSUD Budhi Asih?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui manajemen penyelesaian terkait kasus fragmentasi di RSUD Budhi Asih serta mengetahui bagaimana petugas melakukan penyelesaian mengenai pending klaim kasus fragmentasi di RSUD Budhi Asih.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi pending kasus fragmentasi di RSUD Budhi Asih.
2. Mengidentifikasi faktor-faktor penyebab pending fragmentasi menggunakan identifikasi 5M (*man, methode, machine, money, materials*)
3. Menganalisis penyelesaian pending fragmentasi menggunakan indentifikasi 5M (*man, methode, machine, money, materials*).
4. Dampak terhadap pending kasus fragmentasi di RSUD Budhi Asih menggunakan identifikasi unsur *money*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Untuk menambah serta mengembangkan ilmu yang telah didapatkan selama perkuliahan dan bahan referensi untuk penelitian lain maupun bahan pertimbangan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

1.4.2 Bagi kepentingan program pemerintah

Sebagai acuan dalam perlindungan kesehatan dan keselamatan masyarakat serta pengembangan kebijakan yang berkelanjutan dan Peningkatan layanan kesehatan untuk publik.

1.4.3 Bagi Rumah Sakit

Manfaat penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan atau evaluasi petugas sebagai peningkatan kualitas pelayanan dan sebagai pengembangan terkait masalah pending klaim bpjs kasus fragmentasi saat ini di Rsud Budhi Asih.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk meneliti bagaimana proses distribusi frekuensi penyelesaian pending kasus fragmentasi pada pasien pendaftaran rawat jalan di RSUD Budhi Asih. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini karena pada observasi awal yang dilakukan oleh peneliti ada 444 klaim yang dipending oleh pihak BPJS Kesehatan karena belum memenuhi persyaratan klaim. Metode penggunaan yang akan diteliti menggunakan identifikasi metode 5M yaitu *Man, Methode, Machine, Money Materials*. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah *mix methode* pendekatan kuantitatif yang berbentuk penyajian data angka – angka dan metode penelitian kualitatif yang berfokus pada pengamatan yang mendalam dengan melakukan observasi dan wawancara, dengan menggunakan analisa kualitatif digunakan untuk mengetahui manajemen penyelesaian pending klaim kasus fragmentasi . Obsevasi awal dilakukan pada bulan November 2023. Data yang diteliti merupakan data dari unit *casemix* atau koding dan dari sistem aplikasi e-klaim pada pasien rawat jalan yang dikembalikan oleh pihak verifikator BPJS Kesehatan dengan kasus fragmentasi dibulan April - Juli 2023.