

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sejak 1 Januari 2014 pemerintah secara resmi memberlakukan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Demikian pula dengan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan juga mulai diberlakukan untuk menyelenggarakan program tersebut. Tujuan diberlakukan program JKN ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak dan diberikan kepada setiap orang yang terdaftar dan telah membayar premi atau preminya dibayarkan oleh pemerintah.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Sosial di Indonesia berlandaskan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. . Pelayanan Kesehatan Pada JKN, penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Dalam proses pengklaiman terdapat syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi, antara lain Surat Bukti Pelayanan (SBP), Riwayat Perjalanan Penyakit, Tanda-Tangan Dokter, dan Kode Diagnosis. Sedangkan untuk kelengkapan kartu BPJS Kesehatan, foto copy KK/KTP, Rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dan Surat Egibilitas Pasien (SEP) atau surat keabsahan sebagai peserta BPJS Kesehatan

Klaim adalah tagihan atas biaya pelayanan kesehatan bagi peserta asuransi kesehatan yang diajukan baik secara perorangan maupun secara kolektif oleh PPK. Agar rumah sakit dapat segera menerima pembayaran atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta, maka pihak rumah sakit harus melakukan penagihan klaim kepada BPJS Kesehatan. Berkas klaim adalah berkas yang digunakan pasien BPJS Kesehatan untuk melengkapi persyaratan jaminan

kesehatan. Kelengkapan berkas klaim era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) harus sesuai dengan standar berkas yang telah ditentukan (Antonius Artanto EP, 2018). Berdasarkan peraturan menteri pertahanan republik indonesia nomor 7 tahun 2016 tentang pengelolaan keuangan badan penyelenggara jaminan sosial pada fasilitas kesehatan di lingkungan kementerian pertahanan dan tentara nasional Indonesia menjelaskan mengenai Tarif Indonesian - Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Selain itu dijelaskan pula mengenai Pengajuan klaim FKTL kepada BPJS Kesehatan dilakukan setiap bulan secara rutin paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya, dalam bentuk softcopy berupa file txt dan hardcopy meliputi:

1. Surat elijibilitas peserta;
2. Surat rujukan jika surat elijibilitas peserta diterbitkan rumah sakit;
3. Apabila rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan (dpjp);
4. Surat perintah rawat inap;
5. Resume medis (untuk rawat inap) yang ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan (dpjp);
6. Laporan operasi;
7. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus;
8. Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi);
9. Tanda terima alat kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll);
10. Billing system atau perincian tagihan manual rumah sakit; dan
11. Berkas pendukung lain yang diperlukan.

Hasil praktik kerja lapangan yang dilakukan penulis pada tanggal 7 Februari 2022 sampai dengan 18 April 2022 di Rumah Sakit universitas Airlangga yang merupakan rumah sakit tipe B Pendidikan serta telah terakreditasi paripurna oleh

KARS. Hasil wawancara dengan kepala seksi asuransi yang dilakukan oleh penulis didapatkan laporan bahwa sejak diberlakukan Sistem Jaminan Kesehatan BPJS di Rumah Sakit universitas Airlangga masih banyak mengalami berbagai kendala dan hambatan dalam melakukan proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap sehingga menyebabkan proses klaim menjadi terhambat. Kendala yang terjadi seperti terdapat beberapa berkas rekam medis rawat inap yang terlambat di klaim. Diakibatkan oleh jumlah petugas, lamanya berkas sampai ke casemix dari univ rekam medis, dan sistem informassi rumah sakit yang kurang memadai.

BPJS Kesehatan menargetkan penyetoran data verifikasi (data klaim) untuk pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga paling lambat tanggal 10 untuk setiap bulannya sesuai dengan PERMENKES No.28 tahun 2014 dijelaskan bahwa fasilitas kesehatan menyetorkan berkas klaim paling lambat tanggal 10 untuk setiap bulannya. Apabila dalam satu bulan banyak berkas yang terlambat di klaim maka hal ini akan berdampak pada *cash flow* rumah sakit. Hal ini terjadi akibat banyaknya pasien BPJS yang masuk per bulannya tidak sebanding dengan pemasukkan rumah sakit. Kondisi nyata yang terjadi yaitu terdapat keterlambatan proses klaim pada berkas pasien rawat inap. Data dibawah ini merupakan beberapa berkas yang terlambat dalam proses klaim rawat inap pada bulan Januari 2022.

Table 1.1 Berikut ini Data keterlambatan penyetoran klaim pasien Rawat Inap Bulan Januari di Rumah Sakit universitas Airlangga Tahun 2022

No.	Jenis Rawat Inap	Jumlah Keterlambatan Data Klaim Rawat Inap (Berkas)	Persentase Perkiraan
1.	Penyakit Dalam	26	24%
2.	Kulit Kelamin	1	0,9%
3.	Obgyn	20	19%
4.	Anak	19	18%
5.	Jantung dan Pembuluh Darah	2	1,9%
6.	Ortopedi	7	6,6%
7.	Bedah	21	20%
8.	Paru	1	0,9%
9.	Saraf	4	3,8%
10.	Urologi	2	1,9%
11.	Bedah Anak	3	2,8%
Jumlah		106	100%

Berdasarkan tabel 1.1 diatas dapat diketahui bahwa jumlah keterlambatan data klaim rawat inap tertinggi yaitu pada Penyakit Dalam dengan persentase 24%, jumlah keterlambatan data klaim rawat inap terendah yaitu pada kulit kelamin dan paru dengan persentase 0,9%. Jadi dapat disimpulkan bahwa keterlambatan data klaim rawat inap tertinggi yaitu pada Penyakit Dalam.

Alasan penulis memilih topik analisis proses klaim berkas rekam medis rawat inap karena kondisi dilapangan menunjukkan bahwa terdapat berkas rekam medis rawat inap yang tidak terklaim pada periode bulan Januari. Sehingga hal ini memberikan dampak yang ditimbulkan dari keterlambatan proses klaim berkas rekam medis rawat inap beragam seperti biaya operasional di rumah sakit seperti pembayaran obat serta alat kesehatan dan pembayaran jasa pelayanan bagi

karyawan yang seringkali berdampak pada menurunnya kinerja dari karyawan dalam bekerja karena jasa pelayanan merupakan suatu imbalan yang diterima oleh karyawan setelah melaksanakan pekerjaan serta merupakan suatu motivasi bagi karyawan dalam bekerja. Selain itu secara efisiensi dampak keterlambatan proses klaim berkas rekam medis rawat inap juga berdampak pada beban petugas yang meningkat dikarenakan harus melembur untuk melakukan proses coding penyakit serta proses grouping. Hal tersebut dapat menyebabkan penurunan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit universitas Airlangga sehingga penulis ingin mengetahui apa saja faktor yang dapat menghambat proses klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit universitas Airlangga.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis berfikir perlunya analisis proses klaim BPJS Kesehatan berkas rekam medis pasien rawat inap dengan prinsip *George R. Terry dalam bukunya Principle of Management* mengatakan, ada enam sumber daya pokok dari manajemen yaitu *Man, Method, Minute, Machine, Material, Money* dengan penyelesaian output akan menggunakan metode perhitungan ABK-Kes. Metode ABK Kes adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan pada beban kerja yang dilaksanakan oleh setiap jenis SDM pada tiap fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Metode ini digunakan untuk menghitung kebutuhan semua jenis SDM (Reviana, 2018). Sehingga penulis mengambil topik “Analisis Proses Klaim Bpjs Kesehatan Pada Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit universitas Airlangga Surabaya”

1.1.1 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam penulisan ini adalah “Bagaimana proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga?”

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.2 Tujuan Umum PKL

Menganalisis proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga.

1.2.2 Tujuan Khusus PKL

1. Mengidentifikasi faktor *man* yang menyebabkan keterlambatan proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga.
2. Mengidentifikasi faktor *methods* yang menyebabkan keterlambatan proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga.
3. Mengidentifikasi faktor *machines* yang menyebabkan keterlambatan proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga.
4. Mengidentifikasi faktor *minute* yang menyebabkan keterlambatan proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga.
5. Mengidentifikasi faktor *money* yang menyebabkan keterlambatan proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga.
6. Mengidentifikasi faktor *material* yang menyebabkan keterlambatan proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga.
7. Menyusun rekomendasi upaya pemecahan masalah terkait penyebab keterlambatan proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga.

1.2.3 Manfaat Umum PKL

1. Bagi rumah sakit
 - a. Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan

evaluasi dalam menangani kendala atau faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keterlambatan proses klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit universitas Airlangga.

- b. Sebagai bahan masukan agar dapat mengetahui tata cara pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan sesuai dengan prosedur yang berlaku dan yang telah ditetapkan.
2. Bagi penulis
 - a. Menambah wawasan dan pengetahuan secara nyata mengenai alur dan prosedur proses klaim BPJS Kesehatan.
 - b. Dapat mengetahui faktor-faktor apa saja yang dapat menghambat proses klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit universitas Airlangga.
 - c. Menjadikan bahan pembelajaran antara teori yang ditetapkan dengan kenyataan dilapangan.

3. Bagi akademis

Memberikan pengembangan pendidikan dengan memperluas wawasan terkait alur proses klaim serta faktor atau kendala yang dapat menghambat proses pengklaiman BPJS Kesehatan.

1.3 Lokasi dan Waktu

Tempat praktek kerja lapang yang dilakukan oleh penulis yaitu di Rumah Sakit universitas Airlangga. Fokus penulisan dilakukan pada bagian unit casemix di Rumah Sakit universitas Airlangga. Pelaksanaan PKL dilakukan pada tanggal 7 Februari 2022 sampai dengan 18 April 2022.

1.4 Metode Pelaksanaan

Jenis penulisan yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan pendekatan teori 6M (*Man, Money, Minute, Machine, Material, Method*). Subjek dalam penulisan ini adalah kepala seksi asuransi, 1 petugas coding rawat inap sebagai informan utama dan 1 petugas pemberkasan sebagai informan pendukung. Alasannya karena 3 petugas diatas bertanggung jawab terhadap pengelolaan proses klaim pasien rawat inap di Rumah Sakit universitas Airlangga.

1.4.1 Kerangka Konsep

George R. Terry dalam bukunya *Principle of Management* mengatakan, ada enam sumber daya pokok dari manajemen:



