

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Depkes RI, 2009a). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, ditambah dengan ditetapkannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Januari 2014. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN) di Indonesia mewajibkan setiap penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermutu agar dapat melangsungkan hidup (Depkes RI, 2004). JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

BPJS Kesehatan bekerjasama dengan rumah sakit milik pemerintah maupun swasta dengan membuat Perjanjian Kerja Sama (PKS). PKS antar pihak adalah suatu hubungan hukum yang resmi dan sah, mencakup hak dan kewajiban para pihak yang harus dipatuhi selama masa perjanjian. Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2014a) menjelaskan bahwa rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada faskes atau PPK.

Klaim BPJS Kesehatan 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 (Ardhitya, 2015). Proses klaim ini sangat penting bagi rumah sakit sebagai penggantian biaya pasien asuransi yang telah berobat. Persi (2016) menyatakan bahwa aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Selanjutnya, Shobirin (2017) menambahkan bahwa terhambatnya pembayaran kewajiban pengawas, pemasok, dan memangkas biaya pemeliharaan salah satunya dikarenakan pengembalian berkas klaim oleh BPJS. Oleh sebab itu, upaya pencegahan pengembalian berkas klaim diperlukan agar proses pembayaran klaim tidak terhambat sehingga pelayanan rumah sakit dapat berjalan optimal.

Rumah Sakit (RS) Mitra Sehat Situbondo merupakan rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit tipe C pada tahun 2017. Jumlah kunjungan pasien di RS Mitra Sehat Situbondo setiap tahunnya mengalami peningkatan. Jumlah pasien umum RS Mitra Sehat Situbondo pada tahun 2017 mengalami penurunan dan jumlah pasien asuransi mengalami peningkatan yang signifikan. Pasien rawat umum tercatat sebanyak 20% dari total pasien sedangkan jumlah pasien BPJS Kesehatan sebesar 80%.

Hasil wawancara yang telah dilakukan pada studi pendahuluan tanggal 11 Mei 2018 dengan petugas JKN didapatkan laporan bahwa sejak RS Mitra Sehat Situbondo bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, manajemen keuangan mengalami hambatan sehingga proses pelayanan menjadi terganggu. Hal tersebut dikarenakan terjadi pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan. Pengembalian berkas klaim ini paling banyak terjadi pada berkas rawat inap daripada berkas klaim rawat jalan dengan perbandingan 1:11. Hasil observasi diperoleh data berkas rawat inap yang mengalami pengembalian berkas klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan pada bulan Januari sampai April 2018 sebagai berikut.

Tabel 1.1 Data Berkas Rawat Inap yang Mengalami Pengembalian Berkas Klaim oleh BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo Tahun 2018

Bulan	Berkas yang Tidak di Kembalikan oleh BPJS Kesehatan		Berkas yang di Kembalikan oleh BPJS Kesehatan		Total
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	
Januari	196	82,35%	42	17,65%	238
Februari	149	74,13%	52	25,87%	201
Maret	189	89,15%	23	10,85%	212
April	190	84,40%	35	15,60%	225

Sumber: RS Mitra Sehat Situbondo, 2018.

Berdasarkan Tabel 1.1 tersebut diketahui bahwa pengembalian berkas klaim rawat inap setiap bulannya selalu terjadi. Pengembalian berkas klaim rawat inap tertinggi terjadi pada bulan Februari sebesar 25,87% sedangkan persentase pengembalian berkas klaim rawat inap terendah terjadi pada bulan Maret sebesar

10,85%. Pengembalian berkas klaim ini dapat mempengaruhi pengelolaan keuangan rumah sakit.

Pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan disebabkan oleh dua hal yaitu berkas klaim tidak lengkap dan ketidaksesuaian kaidah koding (BPJS Kesehatan, 2017). Kedua penyebab ini juga terjadi di RS Mitra Sehat Situbondo. Hasil observasi yang didapatkan dari lembar serah terima klaim BPJS Kesehatan, didapatkan data penyebab pengembalian berkas klaim sebagai berikut.

Tabel 1.2 Data Penyebab Pengembalian Berkas Klaim oleh BPJS Kesehatan di RS Mitra Sehat Situbondo Tahun 2018

Bulan	Penyebab Pengembalian Berkas Klaim oleh BPJS Kesehatan				Total
	Berkas Klaim Tidak Lengkap		Kaidah Koding Tidak Sesuai		
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	
Januari	30	71,43%	12	28,57%	42
Februari	41	78,85%	11	21,15%	52
Maret	23	100%	0	0%	23
April	25	71,43%	10	28,57%	35

Sumber: RS Mitra Sehat Situbondo, 2018

Tabel 1.2 menjelaskan bahwa rata-rata penyebab tertinggi pengembalian berkas klaim disebabkan oleh berkas klaim tidak lengkap sebesar 80,43% kemudian kaidah koding tidak sesuai sebesar 19,57%. Dampak ketidaklengkapan berkas klaim yaitu terjadinya penundaan pembayaran oleh BPJS Kesehatan sedangkan kaidah koding yang tidak sesuai dapat mengakibatkan pengembalian uang ke BPJS Kesehatan yang sebelumnya telah masuk ke rumah sakit sehingga terjadi penundaan pembayaran sampai koding sudah dibenarkan. Sebagian besar kaidah koding yang tidak sesuai dapat menurunkan tarif diagnosa.

Manaida, dkk. (2017) menjelaskan bahwa masih banyak perawat dan DPJP yang sering salah dalam mengisi tanggal masuk dan keluar perawatan, hal ini tidak terlalu penting namun verifikator BPJS Kesehatan sangat teliti dalam melakukan verifikasi berkas klaim. Hal ini sejalan dengan penuturan petugas pendaftaran di RS Mitra Sehat Situbondo, petugas pendaftaran sering salah dalam menginputkan tanggal masuk dan keluar pada SEP sehingga berkas harus dikembalikan. Windari dan Kristijono (2016) juga menjelaskan bahwa terdapat

kode yang salah pada kasus fraktur. Kesalahan kode tersebut karena kurangnya kode tambahan karakter (tertutup atau terbuka) sehingga menyebabkan pengembalian berkas klaim. Hasil wawancara kepada petugas koding juga menyatakan bahwa petugas masih sering terjadi kekeliruan entri berkas klaim yang tidak layak seperti kasus KLL yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Petugas koding masih kebingungan untuk membedakan mana yang termasuk kasus KLL dan mana yang tidak termasuk kasus KLL.

Ruangan kerja untuk proses pengklaiman yang sempit juga menghambat proses klaim karena petugas merasa tidak nyaman (Nurdiah dan Iman, 2016). Hal ini selaras dengan penuturan petugas JKN di RS Mitra Sehat Situbondo yang menyatakan bahwa ruangan sempit sehingga penumpukan berkas dimana-mana yang dapat mengindikasikan terjadinya kehilangan berkas sebelum diklaimkan ke BPJS Kesehatan. Jika berkas klaim hilang maka RS dapat kehilangan penggantian pembiayaan oleh BPJS Kesehatan. Apabila ruangan tidak nyaman maka dapat mengurangi konsentrasi petugas dalam bekerja.

Susahnya jaringan juga mempengaruhi proses pengentrian data BPJS Kesehatan. Sophia dan Darmawan (2017) menyatakan bahwa keterlambatan klaim disebabkan aplikasi dan jaringan internet sering bermasalah, aplikasi belum *bridging* antara *INA-CBG's* dan *SIMRS*, dan masih ada rumah sakit yang belum memiliki *billing system*. Begitu pula yang dikatakan oleh petugas entri data bahwa sering terjadi *loading* dan *error* pada proses *grouping* sehingga petugas harus *reload* berulang-ulang dan membutuhkan waktu 5-10 menit agar dapat tersimpan. Kurangnya jumlah printer juga menghambat proses klaim karena printer untuk rawat jalan dan rawat inap jadi satu. Keterlambatan pencetakan SEP maksimal 3 hari sehingga apabila melebihi batas, SEP tidak dapat dicetak. Hal ini akan mempengaruhi kelengkapan berkas klaim.

Berjalan tidaknya SOP terkait klaim juga dapat mempengaruhi pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan. Hal ini dipertegas oleh Setyaningsih (2017) yang menyatakan bahwa petugas tidak selalu melaksanakan SOP karena kesibukan dan banyaknya pekerjaan yang dijalankan. Berdasarkan hasil wawancara, SOP terkait proses klaim, misalnya SOP Pengkodingan, di RS

Mitra Sehat Situbondo masih belum optimal karena menumpuknya pekerjaan. Petugas koding menyatakan bahwa kadang langkah-langkah dalam mengkode tidak sama dengan yang ada di SOP karena sibuknya petugas.

Nurdiah dan Iman (2016) menjelaskan bahwa terbentuk tim khusus untuk pengelolaan klaim sangat membantu proses klaim namun tugas dan fungsinya masih belum terperinci sehingga petugas kadangkala mengerjakan lebih dari satu pekerjaan. Hasil wawancara dan observasi di RS Mitra Sehat Situbondo menjelaskan bahwa mulai dibentuk tim JKN pada awal tahun 2018. Tim JKN ini terdiri dari tim *assembling*, entri data, koding, verifikator internal, dan distributor berkas namun pembagian tugasnya masih belum terperinci dan belum ada SK terkait rincian tugas dari direktur.

Membangkitkan semangat etos kerja sangat diperlukan untuk peningkatan kinerja petugas. Hal ini diungkapkan Malonda, dkk. (2016) bahwa tidak ada *reward* dan kompensasi dari atasan sehingga motivasi dalam bekerja kurang. Begitu pula yang dikatakan oleh petugas *assembling* dan koding bahwa belum ada *reward* bagi petugas yang rajin dalam bekerja sehingga petugas merasa hasil kerjanya belum dihargai padahal pekerjaan yang dilakukan tidak ada dalam *job description*.

Berjalan atau tidaknya evaluasi juga berpengaruh pada pengembalian berkas klaim. Belum dilakukannya pengawasan secara rutin memicu kelalaian petugas medis maupun non medis terhadap kelengkapan berkas klaim padahal kelengkapan berkas klaim salah satu syarat penggantian biaya pengobatan (Nindy, dkk., 2018). Hal ini sama seperti kondisi di RS Mitra Sehat Situbondo yang dijelaskan oleh kepala rekam medis bahwa belum pernah dilakukan pengawasan baik dari pihak rumah sakit maupun BPJS Kesehatan, memang ada rapat namun rapat baru diadakan jika ada masalah saja.

Berdasarkan permasalahan tersebut, ketidaklengkapan berkas klaim dan ketidaksesuaian kaidah koding masih sering terjadi. Sehingga ketidaklengkapan berkas klaim dan ketidaksesuaian kaidah koding dimungkinkan disebabkan oleh faktor *human, organization, technology, planning, organizing, actuating*, dan *controlling*. Sehingga peneliti ingin menyelesaikan permasalahan tersebut dengan

pohon masalah. Pohon masalah digunakan untuk mengetahui struktur persoalannya sehingga dapat diketahui sumber persoalan yang perlu diatasi atau diintervensi (Solihin, 2012). Sehingga peneliti tertarik mengambil judul, “Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap oleh BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo.”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka dapat dirumuskan masalah, “Bagaimana faktor penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa faktor penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi berkas klaim rawat inap yang mengalami pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan di RS Mitra Sehat Situbondo.
- b. Mengidentifikasi berkas yang tidak lengkap menurut BPJS Kesehatan sehingga terjadi pengembalian berkas klaim rawat inap di RS Mitra Sehat Situbondo.
- c. Mengidentifikasi faktor penyebab ketidaklengkapan berkas klaim rawat inap berdasarkan faktor *human*, *technology*, dan *organization*.
- d. Mengidentifikasi faktor penyebab ketidaklengkapan berkas klaim rawat inap berdasarkan faktor *planning*, *organizing*, *actuating*, dan *controlling*.
- e. Mengidentifikasi koding yang tidak sesuai menurut BPJS Kesehatan sehingga terjadi pengembalian berkas klaim rawat inap di RS Mitra Sehat Situbondo.
- f. Mengidentifikasi faktor penyebab ketidaksesuaian kaidah koding berdasarkan faktor *human*, *technology*, dan *organization*.

- g. Mengidentifikasi faktor penyebab ketidaksesuaian kaidah koding berdasarkan faktor *planning, organizing, actuating, dan controlling*.
- h. Menganalisis faktor penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan menggunakan pohon masalah
- i. Menentukan pemecahan masalah pengembalian berkas klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan di RS Mitra Sehat Situbondo dengan menggunakan metode *Brainstorming*.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan keahlian peneliti dalam faktor penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah informasi dan bahan masukan bagi rumah sakit dalam membuat strategi terkait klaim sehingga pengembalian berkas klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan dapat dihindari.

1.4.3 Politeknik Negeri Jember

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi pengembangan penelitian yang berhubungan dengan faktor penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan.