

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang sangat diperlukannya informasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan, ketepatan dalam pengambilan keputusan medis dan non medis serta meningkatkan kepuasan pelanggan. Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Perkembangan yang sangat pesat dalam pelayanan kesehatan saat ini mengharuskan setiap pemberi pelayanan kesehatan segera dapat memenuhi keinginan pelanggannya. Untuk mendukung pelayanan kesehatan tersebut tergabung dalam data kesehatan yang disebut Rekam Medis (Hapsari & Subiyantoro, 2019).

Rekam medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI (2008) adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan-catatan tersebut sangat penting untuk pelayanan bagi pasien karena dengan data yang lengkap dapat memberikan informasi dalam menentukan keputusan baik pengobatan, penangananan, tindakan medis dan lainnya. 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 Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Perpres, 2018).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 (2011) BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Dalam pelaksanaan jaminan kesehatan, klaim pembayaran tidak dibayarkan oleh pemerintah, tetapi diserahkan pada pihak BPJS Kesehatan. Dokumen klaim akan diverifikasi oleh

verifikator BPJS Kesehatan. Apabila pihak verifikator BPJS Kesehatan menyetujui maka klaim akan diganti oleh pihak BPJS Kesehatan, jika tidak disetujui maka klaim akan dikembalikan ke pihak rumah sakit (Erlindai, 2016).

Sejak 1 Januari 2014 pemerintah secara resmi memberlakukan program JKN. Demikian pula dengan BPJS 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 (Noviatri, 2016).

Menurut Peraturan BPJS (2017), Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Verifikator BPJS melakukan verifikasi berkas klaim sebelum diajukan oleh fasilitas kesehatan dengan tujuan untuk menguji kebenaran dan kelengkapan administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2014).

Fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus menyetujui Perjanjian Kerjasama dengan BPJS Kesehatan serta memenuhi ketentuan perundang-undangan yang berlaku. BPJS Kesehatan akan membayar faskes tingkat pertama dengan kapitasi. Untuk Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INACBG's. Tarif INACBG's ini adalah sistem pembayaran (Harnanti, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh (Karjono, 2019) menunjukkan data bahwa di RSUD Dr. R Sosodoro Djatikoesomeo Bojonegoro tahun 2016 sampai tahun 2018 meningkat rata-rata persentase pertambahan keterlambatan pengajuan klaim setiap tahunnya meningkat sebesar 55,83% yang berarti meningkatnya jumlah pasien berdampak pada keterlambatan pengajuan klaim juga meningkat, karena kemungkinan berkas klaimnya juga semakin banyak sedangkan petugas yang bertugas untuk mengelola klaim BPJS Kesehatan jumlahnya tetap. Pengajuan klaim dilakukan di RSUD Bojonegoro kepada BPJS Kesehatan masih mengalami keterlambatan jauh dari tanggal yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan sesuai penjelasan didepan menurut Peraturan BPJS, 2017 Fasilitas Kesehatan

mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.

Tabel 1. 1 Tinjauan Waktu Klaim BPJS

Nama Peneliti	Tahun	Tinjauan Klaim BPJS	Keterlambatan Waktu	Standar Waktu Klaim BPJS
Damayani	2021	130 hari		Tanggal 10 bulan berikutnya

Sumber: Data Sekunder diperoleh dari Beberapa Penelitian

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Damayani (2021) didapatkan hasil tinjauan waktu keterlambatan klaim BPJS yaitu 130 hari untuk penelitian Damayani (2021). Data ini menunjukkan bahwa adanya keterlambatan waktu dari standar waktu klaim BPJS yaitu tanggal 10 bulan berikutnya. Tabel persentase keterlambatan klaim BPJS dari beberapa penelitian sebagaimana tabel 1.2 berikut ini.

Tabel 1. 2 Persentase Keterlambatan Klaim BPJS

Nama Peneliti	Tahun	Jumlah Klaim yang Diajukan	Jumlah Klaim yang Mengalami Keterlambatan	Persentase
Apin	2017	7.879	1.099	14%
Karjono	2018	1.015	69	6,79%
Erlindai	2020	30	17	56%
Herman	2020	2.844	499	15%
Jumlah		11.768	1.684	91.79%

Sumber: Data Sekunder diperoleh dari Beberapa Penelitian

Berdasarkan beberapa penelitian yang dilakukan di rumah sakit diperoleh data jumlah klaim yang mengalami keterlambatan, dan yang memiliki persentase keterlambatan paling tinggi yaitu penelitian yang dilakukan oleh Erlindai (2020) sebesar 56% yang terdiri dari 30 klaim yang diajukan dan 17 klaim yang mengalami keterlambatan. Sedangkan untuk persentase keterlambatan rendah yaitu penelitian Karjono (2018) sebesar 6,79% dari 1.015 klaim yang diajukan dan 69 klaim yang mengalami keterlambatan.

Keterlambatan pengajuan klaim di RSIJ Sukapura dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terjadi di unit-unit yang berhubungan dengan klaim BPJS seperti di Unit Administrasi Pasien, Unit *Casemix*, dan Unit Penagihan. Pada unit administrasi pasien dipengaruhi oleh faktor kelengkapan pengiriman berkas dari unit terkait, serta adanya susulan berkas sehingga berkas yang diantarkan *casemix* berbeda (berkas dapat terselip, berkas diantarkan besok harinya, petugas kelupaan). Pada unit *casemix* dipengaruhi oleh faktor jumlah petugas kurang, adanya kasus rawat inap yang perlu diteliti, jumlah berkas belum sesuai, serta proses yang panjang. Unit penagihan dipengaruhi oleh faktor pengiriman berkas dari *casemix* terlambat, jumlah berkas yang diterima tidak sama, berkas klaim satu bulan kurang dari 75%, serta pengolahan berkas klaim di unit penagihan memakan waktu yang lama yaitu satu minggu, hal ini disebabkan oleh adanya pengurutan berkas dengan sesuai urutan SEP terkecil dan bila hasil verifikasi oleh BPJS tidak sesuai, maka unit penagihan akan mencabut berkas satu-satu dan melengkapinya Devi (2020).

Pengajuan klaim di Rumah Sakit Ibu dan Anak Srikandi IBI Jember pada bulan Januari diajukan pada tanggal 5 Maret 2019, yang menunjukkan bahwa pengajuan klaim terlambat 28 hari. Untuk klaim bulan Februari diajukan pada tanggal 10 April 2019 yang mengalami keterlambatan sampai 31 hari. Untuk klaim pada bulan Maret diajukan pada tanggal 9 Mei 2019 dengan angka keterlambatan 29 hari. Fakta yang ada dilapangan seringkali berkas dokumen rekam medis khususnya pada pasien rawat inap harus dikembalikan karena adanya beberapa syarat klaim yang kurang lengkap, seperti pada lembar resume medis. Waktu pengembalian berkas pasien rawat inap setelah pasien pulang juga mengalami keterlambatan tidak sesuai dengan SOP yang ada di rumah sakit yaitu 2x24 jam setelah pasien pulang (Mayori et al., 2021).

Pengajuan klaim di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul mengalami keterlambatan, sebanyak 100% klaim tahun 2017 terlambat dikarenakan oleh persyaratan klaim yang belum lengkap. Dari 430 kasus pengajuan klaim yang terlambat terbanyak yaitu 133 (30,9%) pada kasus soft tissue tumor, diikuti kecelakaan lalu lintas 101 (23,5%) dan *impacted* 57 (13,3%)

atau termasuk kelompok kasus bedah dan gigi, yang dianggap kasus baru di rumah sakit Apin (2018).

Verifikasi klaim berbasis INA CBG's terdiri dari verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan kesehatan. Pada verifikasi administrasi, berkas klaim yang akan di verifikasi bagian rawat jalan meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP, pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG's diperlukan tambahan bukti pendukung seperti *protokol* terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, resep alat kesehatan, serta tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll). Pada verifikasi administrasi, berkas klaim yang akan di verifikasi bagian rawat inap meliputi surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP, pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG's diperlukan tambahan bukti pendukung seperti *protocol* terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus onkologi, resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, *collar neck*, dll), tanda terima alat bantu kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

Berkas BPJS yang terlambat diklaimkan berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS ke rumah sakit yang dapat menyebabkan kerugian keuangan yang cukup besar kepada rumah sakit, sehingga pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya terhambat. Dampak lain dari keterlambatan klaim yaitu beban kerja petugas koder di bagian *casemix* rawat inap menjadi bertambah karena harus merevisi klaim yang terlambat dikirimkan tiap bulannya (Herman et al., 2020).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di unit *casemix* Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) Bandung bahwa adanya perbedaan persepsi antara koder dan petugas verifikator dalam memberikan kode diagnosa maupun tindakan menyebabkan berkas mengalami keterlambatan klaim karena ketidaktepatan kode diagnosa (Herman et al., 2020). Adanya berkas DRM (Dokumen Rekam Medis) yang tidak lengkap seperti tidak adanya tanda tangan dan nama terang dokter, diagnosis belum diisi / belum ditulis / kode diagnosis, riwayat perjalanan penyakit

belum terisi dengan lengkap. Hal ini akan dapat menyebabkan terhambatnya proses pengajuan klaim kepada BPJS (Feriawati, 2015).

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, mengingat besarnya dampak yang dapat ditimbulkan dari keterlambatan penyerahan klaim BPJS ini bagi keberlangsungan keuangan rumah sakit maka peneliti tertarik untuk melakukan studi *literature review* dengan judul “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di Rumah Sakit : *Literature Review*”. Untuk mendapatkan bukti terbaik tentang faktor penyebab keterlambatan klaim BPJS dilakukan penelitian dengan menggunakan *literature review*.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah adalah tulisan singkat yang berisi pertanyaan tentang topic yang diangkat oleh peneliti. Rumusan masalah dari penelitian ini dirumuskan dengan pertanyaan klinis menggunakan metode PICO (*Patients/Population, Intervention, Comparison, Outcome*).

Tabel 1. 3 Rumusan Masalah Berdasarkan Metode PICO

Metode PICO	
<i>Population (P)</i>	Dokumen klaim BPJS
<i>Intervention (I)</i>	Analisis faktor keterlambatan penyerahan klaim BPJS di rumah sakit berdasarkan faktor 5M
<i>Comparison (C)</i>	-
<i>Outcomes (O)</i>	Penyebab Keterlambatan penyerahan klaim BPJS di rumah sakit

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah “Bagaimana Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di Rumah Sakit?”.

1.3 Tujuan

Tujuan penelitian adalah suatu indikasi ke arah mana penelitian itu dilakukan atau data-data serta informasi apa yang ingin dicapai dari penelitian tersebut. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui faktor penyebab keterlambatan penyerahan klaim BPJS di rumah sakit.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Fasilitas Kesehatan

Memberikan masukan kepada pihak rumah sakit untuk bahan evaluasi terkait pelaksanaan penyerahan klaim BPJS di rumah sakit sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

1.4.2 Bagi Politeknik Negeri Jember

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi khususnya untuk mahasiswa rekam medis dalam hal proses penyerahan klaim BPJS di rumah sakit.

1.4.3 Bagi Peneliti

- a. Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan D-IV Manajemen Informasi Kesehatan Jurusan Kesehatan
- b. Dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan bagi peneliti dalam hal proses penyerahan klaim BPJS di rumah sakit. Serta sarana untuk menerapkan ilmu dan pengetahuan yang telah diperoleh selama menempuh perkuliahan.

1.5 Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian adalah batasan masalah agar penelitian lebih tertata dan terfokus. Ruang lingkup permasalahan dalam penelitian ini adalah tinjauan mengenai faktor penyebab keterlambatan penyerahan klaim BPJS di Rumah Sakit berdasarkan penelitian terdahulu yang telah dilakukan inklusi dan eksklusi, serta menganalisis apakah pelaksanaan penyerahan klaim BPJS di Rumah Sakit telah sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan.

1.6 Keaslian Penelitian

Berdasarkan penelitian sebelumnya peneliti menjamin keaslian penelitian terkait analisis faktor penyebab keterlambatan penyerahan klaim BPJS di rumah sakit: *literature review* ini. Berikut adalah *state of the art* dari penelitian ini:

Tabel 1. 4 *State of the Art* Penelitian

Materi	Noviatri (2016)	Supriadi (2018)	Tri Yulia Nari (2021)
Judul	Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho.	Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018.	Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di Rumah Sakit.
Tujuan	Mengetahui penyebab terjadinya keterlambatan penyerahan berkas klaim BPJS kepada verifikator di Rumah Sakit Panti Nugroho.	Melihat gambaran klaim tertunda dan penyebabnya di Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018.	Menganalisis faktor-faktor penyebab yang memengaruhi keterlambatan penyerahan klaim BPJS di Rumah Sakit.
Jenis Penelitian	Deskriptif dengan pendekatan kualitatif	Deskriptif dengan pendekatan kualitatif.	<i>Literature review.</i>
Subjek Penelitian	8 orang petugas rekam medis yang terlibat langsung dalam proses klaim BPJS.	1 orang Manager Rumah Sakit Hermina Ciputat.	-
Objek Penelitian	Berkas klaim pasien dengan cara bayar BPJS.	224 berkas klaim JKN yang tertunda.	-
Bentuk	Skripsi	Skripsi	Skripsi
Metode Pengumpulan Data	Wawancara, observasi dan studi dokumen.	Wawancara mendalam.	Studi literatur.
Tempat Penelitian	Rumah Sakit Panti Nugroho	Rumah Sakit Hermina Ciputat.	-

Berdasarkan Tabel 1.4, perbedaan penelitian sekarang dengan penelitian sebelumnya terletak pada tempat penelitian, jenis penelitian, subjek penelitian, objek penelitian, instrument penelitian, teknik sampling, metode pengumpulan data, dan hasil penelitian. Persamaan yang terletak pada penelitian sekarang dengan penelitian terdahulu yaitu ketiganya merupakan artikel berbentuk skripsi.