

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009, Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Setiap Rumah Sakit diwajibkan menyelenggarakan rekam medis yang dilakukan sesuai dengan standar yang secara bertahap diupayakan mencapai standar Internasional (Depkes RI, 2009).

Rekam medis sangatlah penting di era BPJS, karena rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti atas pelayanan yang diberikan rumah sakit terhadap pasien (Eleanora, 2013). BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 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 (Pemerintah RI, 2011).

Peserta BPJS dapat mendaftarkan diri dan membayarkan iuran disetiap bulannya, bagi masyarakat yang tidak mampu maka iuran disetiap bulannya akan ditanggung oleh pemerintah (Pemerintah RI, 2011). Iuran tersebut nantinya akan digunakan sebagai pengganti biaya atas pelayanan kesehatan yang diterima peserta. Biaya pelayanan kesehatan yang diterima peserta BPJS akan diajukan oleh rumah sakit dengan cara reimburts atau klaim (Sander *et al.*, 2022).

Menurut Perry and Ardhitya Tyas (2015) *dalam* Santiasih, Simanjorang and Satria (2021), klaim BPJS 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 dengan dilengkapi dokumen pendukung yaitu fotocopy kartu BPJS, surat rujukan, surat egibilitas pasien (SEP), surat bukti perawat, surat pernyataan biaya yang harus dibayar. Rumah Sakit akan mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS

dengan sistem casemix Indonesia Case Base Group (INA-CBG's). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper atau sistem INACBGs (Kemenkes, 2016).

Penggunaan sistem aplikasi INA-CBGs dibutuhkan suatu kode untuk suatu diagnosis yang biasanya dilakukan oleh koder. Tugas dan wewenang koder yaitu mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode diagnosis penyakit dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9-CM, melakukan klarifikasi dengan dokter, entri data, coding/grouping dengan INA-CBGs, menyerahkan hasil grouping ke verifikator (Sitorus *et al.*, 2022). Verifikator BPJS melakukan verifikasi berkas klaim sebelum diajukan oleh fasilitas kesehatan dengan tujuan untuk menguji kebenaran dan kelengkapan administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes, 2021) .

Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang membagi beberapa tupoksi atau beberapa tanggung jawab terkait pelaksanaan jalannya klaim BPJS diantaranya yaitu admin, verifikator berkas klaim, dokter, dan koder. Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang merupakan salah satu rumah sakit tipe Paripurna yakni rumah sakit pendidikan yang telah bekerja sama dengan pihak BPJS sejak tahun 2014. Jumlah usulan klaim BPJS Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang pada bulan Oktober tahun 2022 hingga Januari tahun 2023 yaitu :

Tabel 1. 1 Jumlah Berkas Klaim

No	Bulan	Total Jumlah Usulan	Revisi	Persentase
1	Oktober 2022	9319 pasien	166 pasien	1,78%
2	November 2022	9939 pasien	225 pasien	2,26%
3	Desember 2022	9910 pasien	239 pasien	2,41%
4	Januari 2023	9838 pasien	187 pasien	1,90%

Berdasarkan tabel 1.1 didapatkan bahwa persentase usulan klaim pasien BPJS rawat jalan di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang pada bulan oktober 2022 adalah 1,78% dari 9319 pasien yang diajukan, bulan November 2,26%,

Desember 2,41% dan bulan januari 2023 sebanyak 1,90%. Berdasarkan hasil data jumlah usulan klaim diatas didapatkan permasalahan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang terkait penyebab pending klaim pasien BPJS rawat jalan yaitu:

1. Tidak adanya TTD pasien pada SEP

Berdasarkan hasil wawancara dengan CI bahwa tidak adanya TTD pasien pada lembar SEP seringkali terjadi di bulan Oktober, November, Desember 2022 karena penggunaan SEP yang masih manual. Pada bulan januari tahun 2023 sudah dilakukannya E-SEP dan tidak perlu menggunakan TTD akan tetapi menggunakan Finger Print saat melakukan pendaftaran pasien baru dan pasien lama dilakukan pada nurse station.

2. Ketidaktepatan kode diagnose

Berdasarkan hasil wawancara dengan CI bahwa ketidaktepatan kode diagnose disebabkan oleh kelalaian atau tetidaktelitian koder dalam mengkode tindakan, pemeriksaan penunjang dan diagnose sehingga kode pasien menjadi kurang dan salah.

Contoh: Keterangan dari pihak BPJS Kesehatan yakni dimohon untuk konfirmasi bahwa pasien X dilakukan foto tanpa kontras, maka seharusnya menggunakan kode tanpa kontras dengan kode tindakan 87.16 tetapi dari koder mengalami kesalahan kode yakni mengentri kode 87.13 yakni Temporomandibular contrast arthrogram.

3. Belum adanya konfirmasi mengenai hasil pemeriksaan penunjang

Berdasarkan hasil wawancara dengan CI bahwa pemeriksaan penunjang sudah dilakukan dan penginputan hasil penunjang pada resume medis berdasarkan kode diagnosa sehingga kesalahan pengkodean juga menyebabkan hasil penunjang tidak diinputkan.

4. Kunjungan Berulang

Berdasarkan hasil wawancara dengan CI kunjungan berulang disebabkan oleh nomor SEP yang double, karena pasien tersebut dalam 1 kali 24 jam melakukan kunjungan sebanyak 2 kali sehingga nomor SEP double yakni pasien Rawat jalan dan pasien Ranap. Adapun kunjungan berulang pasien rawat jalan

sebanyak 2 kali dalam 1 bulan, sehingga pihak BPJS mempending berkas yang akan di klaimkan. BPJS hanya bisa mengklaim 1 episode saja dalam 1 bulan yakni kunjungan awal.

5. Belum adanya kronologi/LP/JR

Berdasarkan hasil wawancara dengan CI bahwa permintaan kronologi/LP/JR oleh BPJS karena penggunaan kode S dan T yakni cedera, keracunan dan konsekuensi tertetu lainnya dari penyebab eksternal (injury, trauma, dll), sehingga perlu penambahan kronologi/LP/JR pasien.

6. Diagnosa KNS

Berdasarkan hasil wawancara dengan CI bahwa penggunaan diagnose KNS (Kasus Non Spesialis) yakni diagnose yang sebenarnya bisa ditangani di PPK 1 atau kasus yang bisa ditangani oleh dokter umum tetapi masih ada di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang, seperti: DM, jantung, hipertensi, asma, dll, sehingga klaim terpending.

7. Sarana Prasarana

Berdasarkan hasil wawancara dengan CI bahwa penggunaan sarana prasarana yang dimaksud ialah komputer sebagai alat pendukung untuk proses klaim BPJS seringkali *not responding*, sehingga terkendala saat klaim.

Permasalahan yang didapat diatas merupakan alasan BPJS mengembalikan berkas atau tidak dapat mengklaim biaya yang diajukan, sehingga berkas perlu direvisi atau di benarkan berdasarkan permasalahan tersebut. Penyebab diatas, sejalan dengan penelitian Maulida dan Djunawan (2022) bahwa Faktor penyebab berkas tidak lengkap yaitu kelengkapan berkas sesuai dengan diagnosis dan prosedur yang tidak dilampirkan pada saat klaim. Berkas yang tidak dilengkapi dan tidak dilampirkan pada hasil akhir dalam penenuhan syarat pengajuan klaim BPJS kesehatan. Penyebab pending klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang terdapat 5 faktor dalam unsur manajemen, yakni *man* (Ketelitian, Pendidikan dan Pelatihan), *material* (Kelengkapan formulir berkas rekam medis), *method* (Standart Operasional Prosedure/SOP), *machine* (Peralatan yang digunakan untuk membantu proses pengkodean dan pengklaiman), dan *money* (Keuangan Rumah Sakit).

Dampak dari permasalahan yang telah dijabarkan dapat mempengaruhi kegiatan petugas dalam bekerja artinya beban kerja petugas menjadi bertambah karena harus merevisi klaim pending yang dikirimkan tiap bulannya, oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang”.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum PKL

Melakukan Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang.

1.2.2 Tujuan Khusus PKL

- a. Mengidentifikasi pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang.
- b. Menganalisis faktor penyebab klaim pending berdasarkan aspek *Man*
- c. Menganalisis faktor penyebab klaim pending berdasarkan aspek *Money*
- d. Menganalisis faktor penyebab klaim pending berdasarkan aspek *Material*
- e. Menganalisis faktor penyebab klaim pending berdasarkan aspek *Method*
- f. Menganalisis faktor penyebab klaim pending berdasarkan aspek *Machine*
- g. Faktor-Faktor yang menyebabkan klaim pending di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang.

1.2.3 Manfaat PKL

- a. Bagi Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang
Laporan ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi rumah sakit dalam melaksanakan proses pengklaiman BPJS agar tidak terjadi pengembalian berkas sehingga tidak menambah beban kerja petugas.
- b. Bagi Politeknik Negeri Jember
Laporan PKL ini dapat digunakan untuk menambah referensi tentang faktor klaim pending BPJS.

c. **Bagi Peneliti**

Mengaplikasikan teori yang di dapat di bangku kuliah ke lingkungan kerja nyata.

1.3 Lokasi dan Waktu

No.1, Jl. Fatmawati, Mangunharjo, Kec. Tembalang, Kota Semarang, Jawa Tengah 50272. Pelaksanaan Praktek Kerja Lapang dilaksanakan selama 3 bulan pada tanggal 16 Januari – 07 April 2023.

1.4 Metode Pelaksanaan

Pelaksanaan Praktek Kerja Lapang dilakukan secara luring di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang dengan melakukan observasi, wawancara, dokumentasi yang bertujuan untuk mendeskripsikan tentang faktor klaim pending di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang.