

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2019). Pelayanan Kesehatan Paripurna yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Salah satu fungsi rumah sakit yaitu penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit (Widyaningrum dkk, 2021).

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada setiap pasien harus didokumentasikan baik komputerisasi maupun manual atau yang biasa disebut dengan rekam medis. Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022). Salah satu kegunaan rekam medis dapat ditinjau dari aspek *financial*, yaitu untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit (Suryanto, 2020). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit memiliki karakteristik dan organisasi yang kompleks, ditambah dengan ditetapkannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Nabila dkk, 2020).

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 atau iurannya dibayar oleh Pemerintah (BPJS Kesehatan., 2018). JKN diselenggarakan oleh badan hukum yakni Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Kesehatan, dimana badan hukum tersebut mulai diberlakukan pada tanggal 1 Januari 2014 (Kemenkes RI, 2014).

Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2018). Proses

klaim BPJS terdapat beberapa persyaratan yang harus dilampirkan pada saat klaim yaitu identitas pasien, fotokopi KTP dan kartu BPJS, resume rekam medis pasien, serta rincian biaya. Faktor kelengkapan berkas rekam medis dan ketepatan pengkodean

sangat berpengaruh terhadap proses klaim BPJS, hal tersebut berkaitan dengan kelancaran proses pengajuan klaim (Santiasih, 2021).

Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya (BPJS Kesehatan, 2018). Mekanisme Pembayaran pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem Indonesia *Case Base Groups* (INA CBGs) terhadap Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan rawat jalan maupun untuk pelayanan rawat inap. Klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan (Putri, 2018).

INA-CBG (*Indonesia - Case Gased Payment Groups*) merupakan pola pembayaran yang berisikan tentang pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama (Kemenkes RI, 2014). Sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan, verifikator BPJS Kesehatan di rumah sakit melakukan pengecekan kesesuaian berkas klaim dengan melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan, dan verifikasi menggunakan *software* aplikasi INA-CBG. Pada tahap inilah terjadi permasalahan dalam kegiatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Pada hasil wawancara yang dilakukan di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember, terjadi *pending* klaim BPJS Kesehatan karena berkas klaim dikembalikan lagi kepada Rumah Sakit oleh verifikator BPJS. Faktor penyebab diantaranya terdapat berkas klaim BPJS yang tidak tepat pengisiannya dan terjadi kesalahan. Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember menunjukkan adanya ketidaktepatan data dan dokumen pengajuan klaim BPJS yang mengakibatkan penolakan klaim oleh verifikator BPJS.

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan pada bulan Maret sampai Desember 2022 di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember, terdapat beberapa berkas klaim BPJS yang dikembalikan oleh verifikator BPJS untuk direvisi. Data pengembalian berkas klaim BPJS pada bulan Januari-Juni tahun 2022 adalah sebagai berikut:

Tabel 1.1 Data *Pending* Berkas Klaim BPJS oleh Verifikator BPJS Januari-Juni

Bulan	Jumlah Berkas diajukan	Berkas Klaim BPJS <i>Pending</i>	%
Januari	819	79	9,6%
Februari	619	33	5,33%
Maret	722	88	12,1%
April	677	28	4,13%
Mei	600	45	7,50%
Juni	841	47	5,58%
Total	4278	320	7,48%

Tahun 2022 Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember

Sumber : Data Sekunder (2022)

Berdasarkan tabel 1.1, data laporan bulanan berkas klaim rawat inap pada bulan Januari sampai Juni menjelaskan bahwa jumlah berkas klaim yang dikembalikan mencapai 7,48% atau dari 4.278 berkas rawat inap yang diklaimkan, sebanyak 320 berkas yang dikembalikan untuk direvisi. Pengembalian berkas klaim tertinggi yaitu bulan Maret sebanyak 88 berkas dengan presentase 12,1%. Verifikator BPJS mengembalikan berkas klaim BPJS ke bagian rekam medis karena terdapat berkas klaim yang tidak tepat dalam pengisiannya. Pengembalian berkas klaim mempengaruhi pengelolaan keuangan rumah sakit, karena klaim BPJS yang tidak disetujui mengakibatkan *cashflow* biaya operasional RS terhambat (Ayu, 2021). Oleh karna itu, upaya terkait pencegahan pengembalian berkas klaim BPJS diperlukan agar proses pembayaran klaim tidak terhambat dan pelayanan di RS berjalan dengan baik.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember, diduga penyebab dari pengembalian berkas klaim terjadi karena kesalahan dalam *input* item oleh petugas rumah sakit dan kelas perawatan yang berbeda dengan lampiran SEP. Hal tersebut sejalan dengan hasil wawancara dengan kepala rekam medis menyatakan kesalahan pada bagian *billing* yaitu petugas menambahkan data pasien tidak tepat, contohnya seperti pasien memiliki fasilitas kamar kelas 2 tetapi pada *billing* petugas menuliskan kamar kelas 3. Kepala rekam medis juga menjelaskan bahwa dugaan penyebab lain dikembalikannya beberapa berkas klaim yaitu tidak adanya pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

Pending klaim terjadi diduga dapat menimbulkan dampak terhadap pelayanan medis. Jika masalah *pending* tetap terjadi, dapat merugikan pihak rumah sakit dan mengganggu proses pelayanan pasien. Hasil wawancara yang dilakukan dengan kepala rekam medis diperoleh informasi bahwa RS Tingkat III Baladhika Husada Jember pernah mengalami kerugian akibat berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Hal tersebut harus segera diatasi, karena merugikan pihak rumah sakit dan menyebabkan turunnya mutu rumah sakit (Santiasih, 2021). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Novita dan Puput (2021) dampak dari keterlambatan pengajuan berkas klaim rawat inap yaitu pelaporan klaim akan tertunda yang nantinya proses pencairan dana yang diajukan rumah sakit ke BPJS mengalami penundaan. RS Tingkat III Baladhika Husada Jember memiliki jumlah petugas sebanyak 3 orang untuk proses pengajuan klaim BPJS. Dimana setiap harinya petugas tersebut mengerjakan lebih dari satu pekerjaan yaitu melakukan kegiatan terkait rekam medis dan proses pengajuan klaim BPJS. Hal tersebut mengakibatkan petugas memiliki beban kerja yang tinggi sehingga, memungkinkan mempengaruhi ketelitian petugas dalam proses pengajuan klaim. Kepala rekam medis mengaku banyaknya berkas klaim BPJS rawat inap yang dikembalikan membuat beban kerja menjadi bertambah dikarenakan selain mengerjakan klaim petugas juga melakukan kegiatan pokok rekam medis lainnya dikarenakan di RS Baladhika Husada tidak terdapat petugas

casemix khusus. Dampak lain yang timbul karena banyaknya berkas klaim BPJS rawat inap yang dikembalikan, membuat proses pengajuan klaim menjadi terlambat sehingga terdapat berkas klaim BPJS rawat inap yang melebihi tanggal batas pengajuan klaim. Pengajuan berkas klaim BPJS yang melebihi tanggal 10 bulan berikutnya disebut *claim pending* (Santiasih, 2021).

Peneliti menggunakan faktor unsur manajemen 7M (*man, money, method, material, machine, motivation* dan *minute*) untuk mengidentifikasi faktor penyebab masalah berkas klaim yang mengalami *pending*. Berdasarkan unsur manajemen

pada faktor *man* ditinjau dari aspek pengetahuan petugas terkait dengan klaim BPJS, Alur klaim BPJS dan juga persyaratan apa saja berkas yang harus diajukan klaim. Tingkat pengetahuan petugas di RS Baladhika Husada belum sepenuhnya memahami terkait dengan klaim BPJS, Alur klaim dan persyaratan pengajuan klaim. Dilihat dari faktor *money* ditinjau terkait dengan pendanaan ketersediaan lembar *checklist*. Anggaran atau pendanaan di RS Baladhika Husada belum ada anggaran khusus terkait dengan *checklist* atau lembar bantu kelengkapan berkas klaim pengajuan. Dilihat dari faktor *method* dapat ditinjau dari SOP terkait prosedur ketidaklengkapan berkas klaim rawat inap dan proses klaim. RS Baladhika Husada belum terdapat SOP terkait dengan kelengkapan berkas klaim. Tidak adanya SOP dimungkinkan dapat membuat proses klaim BPJS tidak berjalan optimal. Dilihat dari faktor *material* berupa kelengkapan berkas klaim BPJS rawat inap yang diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan, hal tersebut dimungkinkan dapat membuat beban kerja petugas bertambah. Dilihat dari faktor *machine* dapat ditinjau dari kualitas komputer yang digunakan untuk proses penginputan data dalam aplikasi INA CBG's. Sarana dan prasarana yang kurang mendukung dimungkinkan dapat menghambat kerja petugas klaim. Sarana dan prasarana yang ada di RS Baladhika Husada sudah terdapat komputer yang digunakan untuk melakukan proses pengajuan klaim. Dari faktor *motivation* ditinjau dari adanya *reward* dan *punishment*. Dengan diterapkannya *reward* dan *punishment* dimungkinkan dapat menumbuhkan semangat petugas untuk tetap bekerja dalam koridor dan dengan tepat waktu. *Reward* dan *punishment* di RS

Baladhika Husada sudah ada tetapi tidak diterapkan disemua unit. Dari faktor *minute* yaitu ketepatan waktu kerja petugas pengajuan klaim BPJS rawat inap. Ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS dimungkinkan dapat mempengaruhi keterlambatan pengajuan klaim. Waktu untuk pengajuan klaim yang digunakan di RS Baladhika Husada yaitu pada tanggal 10 bulan berikutnya.

Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti melakukan penelitian ini untuk menganalisis faktor penyebab *pending* klaim BPJS rawat inap oleh verifikator BPJS di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. Peneliti menggunakan metode PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), kelebihan metode PDCA dalam hal pemecahan masalah terfokus pada akar masalah serta pencarian solusi untuk masing-masing permasalahan yang spesifik dan telah banyak digunakan dalam pemecahan mutu pelayanan, khususnya dalam meningkatkan mutu/kualitas dari suatu pelayanan kesehatan (Santiasih, 2021). Peneliti tertarik untuk mengambil judul “Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap Dengan Pendekatan Pdca (*Plan, Do, Check, Act*) di RS Baladhika Husada Jember”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana analisis perbaikan *pending* klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember dengan pendekatan PDCA (*plan, do, check, act*)

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan analisis perbaikan *pending* klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember dengan pendekatan PDCA (*plan, do, check, act*).

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis *plan* (rencana) upaya perbaikan *pending* klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.
- b. Menganalisis *do* (pelaksanaan) upaya perbaikan *pending* klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.
- c. Menganalisis *check* (memeriksa) upaya perbaikan *pending* klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

- d. Menyusun perbaikan (*Action*) terkait *pending* klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

1. Memberikan pengetahuan serta pengalaman dalam menganalisis permasalahan yang terjadi di pelayanan kesehatan.
2. Sebagai wawasan dan gambaran bagi peneliti mengenai kelengkapan berkas persyaratan klaim BPJS.
3. Sebagai persyaratan dalam mencapai gelar Sarjana Terapan sekaligus telah menyelesaikan pendidikan di Politeknik Negeri Jember.

1.4.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit

1. Memberikan saran dan kritik yang membangun pada pihak RS Baladhika Husada Jember
2. Melakukan perbaikan terkait *pending* klaim BPJS rawat inap dengan pendekatan PDCA (*plan, do, check, action*).

1.4.3 Manfaat Bagi Politeknik Negeri Jember

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai salah satu media pembelajaran dan referensi untuk mengembangkan ilmu pengetahuan serta wawasan mahasiswa manajemen informasi kesehatan lainnya tepatnya dalam hal BPJS.