

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Upaya pemerintah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan agar dapat mencapai derajat masyarakat setinggi-tingginya yaitu salah satunya dengan menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional. Permenkes No.71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa 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. Program JKN yang diselenggarakan pemerintah bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat. Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia diselenggarakan oleh badan hukum yang dibentuk yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang ditetapkan dalam Undang-Undang RI No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Rumah sakit berperan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Rumah Sakit dapat membantu proses peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberian pelayanan kesehatan yang baik. Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2020). Rumah sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim kepada pihak BPJS. Klaim yang diajukan kepada BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS yang dapat dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya dan Kusuma, 2015).

Proses klaim sangat penting bagi rumah sakit karena sebagai penggantian biaya pasien yang telah berobat dan mendapat perawatan. Rumah sakit mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh pihak

verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan (Permenkes, 2016). Apabila sudah ada kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan. (Pradani dkk, 2017). Sebaliknya, apabila berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan RS karena memperlambat proses pembayaran klaim. (Nuraini dkk., 2019).

Berkas klaim yang tidak lengkap tersebut akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk diperiksa kembali. Berkas klaim yang pending kemungkinan dapat menyebabkan pembayaran klaim dari BPJS ke Rumah Sakit terlambat dan dapat mempengaruhi cash flow rumah sakit karena proses pembayaran dilakukan setelah proses konfirmasi selesai. Hal ini sejalan dengan penelitian Triatmaja dkk, (2022), yang menyatakan bahwa berkas klaim BPJS yang pending dapat mengakibatkan keterlambatan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya.

Rumah Sakit Daerah Kalisat merupakan rumah sakit tipe C yang merupakan rumah sakit rujukan bagi Puskesmas di wilayah Kabupaten Jember bagian timur utara. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 24 Juni 2022 di RSD Kalisat Jember, dalam proses pengajuan berkas klaim pihak Rumah Sakit Daerah Kalisat ke BPJS Kesehatan, terdapat permasalahan pada proses administrasi persyaratan klaim BPJS, yaitu ditemukan sejumlah berkas klaim BPJS rawat jalan dan rawat inap yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan untuk direvisi. Data pengembalian berkas klaim BPJS pada bulan Januari-Juni di RSD Kalisat dapat dilihat pada Tabel 1.1

Tabel 1.1 Data Pengembalian Berkas Klaim BPJS Bulan Januari-Juni Tahun 2022 Rumah Sakit Daerah Kalisat

Bulan	Berkas Klaim BPJS RJ			Berkas Klaim BPJS RI		
	Jumlah	Dikembalikan	%	Jumlah	Dikembalikan	%
Januari	1.287	54	4,19%	257	53	20,62%
Februari	1.109	47	4,24%	227	40	17,62%
Maret	1.130	50	4,42%	177	17	9,60%
April	1.048	48	4,59%	235	46	19,57%
Mei	1.067	19	1,78%	261	98	37,54%
Juni	1.182	51	4,31%	339	38	11,2%
Total	6.823	269	3,94%	1.496	292	19,51%

Sumber : Data primer RSD Kalisat (2022)

Berdasarkan tabel 1.1 menunjukkan bahwa pada bulan Januari-Juni diketahui sejumlah 6.823 berkas klaim rawat jalan yang diajukan ke pihak BPJS Kesehatan, ditemukan 269 berkas klaim yang dikembalikan. Sedangkan dari 1.496 berkas klaim rawat inap yang diajukan, ditemukan sejumlah 292 berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan untuk dicek lagi kelengkapan dan dilakukan revisi. Jumlah pengembalian berkas klaim Rawat Jalan terbanyak pada bulan April dengan presentase 4,59% sedangkan pengembalian berkas klaim pada Rawat Inap terbanyak pada bulan Mei dengan presentase 37,54%. Berdasarkan Tabel 1.1 tersebut, dapat diketahui presentase pengembalian berkas klaim paling tinggi secara keseluruhan bulan Januari-Juni adalah berkas Rawat Inap dengan presentase 19,51%, sedangkan rawat jalan dengan presentase 3,94%.

Berdasarkan dari 1.496 berkas klaim rawat inap yang diajukan, ditemukan sejumlah 292 berkas klaim Rawat Inap yang dikembalikan oleh verifikator BPJS. Pengembalian berkas klaim oleh verifikator BPJS di RSD Kalisat terjadi karena berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit tidak memenuhi syarat pengajuan klaim yang telah ditentukan yaitu dengan jumlah 53 berkas, terjadi ketidaksesuaian kode diagnosis dan tindakan dengan jumlah 104 berkas, dan terjadinya perbedaan pendapat antara DPJP dan verifikator BPJS dalam menentukan diagnosa dengan jumlah 135 berkas. Pengembalian berkas klaim tersebut perlu untuk dicek kembali dan akan dilakukan revisi.

Kejadian pengembalian berkas klaim ini dimungkinkan dapat menimbulkan dampak terhadap pelayanan kesehatan. Jika permasalahan pengembalian berkas klaim dibiarkan secara terus-menerus diduga dapat menyebabkan kerugian pihak rumah sakit serta menghambat proses pelayanan pasien. Hasil wawancara kepada petugas verifikator pada tanggal 24 Juni 2022, dampak yang terlihat secara umum di Rumah Sakit Daerah Kalisat yaitu pendapatan rumah sakit menjadi terhambat akibat kejadian pending klaim tersebut, selain itu pencairan dana yang seharusnya diberikan tepat waktu menjadi penyebab turunnya pemberian upah jasa tidak sesuai dengan perhitungan awal. Hal tersebut selaras dengan penelitian Nabila dkk, (2020) yaitu pending klaim mengakibatkan tidak terbayarnya pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan sehingga pemasukan rumah sakit akan menurun dan berdampak pada kegiatan operasional yang ada di rumah sakit.

Berdasarkan permasalahan yang telah diuraikan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember”. Teknik dalam penelitian ini yaitu menggunakan metode PTA (*Problem Tree Analysis*) karena peneliti ingin menganalisis masalah dengan melihat rangkaian sebab akibat. PTA merupakan suatu teknik untuk mengidentifikasi semua masalah dalam suatu situasi tertentu dan memperagakan informasi ini sebagai rangkaian hubungan sebab akibat (Asmoko, 2019). Penyusunan analisis pohon masalah (PTA) pada penelitian ini dibuat dengan cara menempatkan masalah utama terletak diantara dampak dan penyebab level 1, yang mana dampak terletak diatas masalah utama dan penyebab level 1 terletak dibawah masalah utama, kemudian dilanjut penyebab level 2 sampai dengan akar permasalahan.

Identifikasi faktor penyebab masalah utama atau level pertama terjadinya pending klaim, dilakukan dengan menggunakan unsur manajemen 5M (*Man, Materials, Method, Money, dan Machines*). Peneliti menggunakan unsur manajemen 5M karena peneliti ingin melihat penyebab faktor pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap ditinjau dari pengelolaan manajemen proses klaim BPJS di Rumah Sakit Daerah Kalisat. Berdasarkan unsur manajemen 5M dari faktor *Man* ditinjau dari aspek pengetahuan, kedisiplinan, dan pelatihan petugas klaim BPJS.

Dari Faktor *Man* dimungkinkan dapat dipengaruhi oleh kurang pahamnya petugas dalam melaksanakan proses pengajuan klaim seperti alur pengajuan klaim dan kelengkapan persyaratan pengajuan klaim, kurang pahamnya petugas dalam pengkodean BPJS, dan kurang disiplin dokter dalam pengisian resume medis. Faktor *Material* dapat ditinjau dari kelengkapan berkas klaim. Berkas klaim yang tidak lengkap saat proses pengajuan klaim dapat menyebabkan pengembalian berkas klaim untuk direvisi, hal tersebut dimungkinkan membuat beban kerja petugas klaim menjadi bertambah. Fator *Method* dapat ditinjau dari prosedur atau SOP yang digunakan sebagai acuan kerja dalam proses kegiatan klaim BPJS. Belum adanya prosedur atau SOP dimungkinkan dapat membuat kegiatan proses klaim BPJS menjadi tidak teratur. Faktor *Money* yaitu terkait penyediaan anggaran dana dalam proses pengajuan klaim BPJS. Faktor *Machines* dapat ditinjau dari tersedianya sarana dan prasarana yang digunakan dalam proses klaim BPJS seperti komputer, jaringan internet dan aplikasi INA-CBGs. Sarana dan prasana yang kurang mendukung dimungkinkan dapat menghambat kerja petugas klaim.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah analisis faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis faktor penyebab level pertama pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember berdasarkan faktor *Man* yang terdiri dari pengetahuan, kedisiplinan, dan pelatihan.
- b. Menganalisis faktor penyebab level pertama pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember berdasarkan faktor *Materials* yang terdiri dari kelengkapan berkas klaim BPJS rawat inap
- c. Menganalisis faktor penyebab level pertama pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember berdasarkan faktor *Method* yaitu pedoman atau SOP
- d. Menganalisis faktor penyebab level pertama pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember berdasarkan faktor *Money* yaitu anggaran dana terkait proses pengajuan klaim.
- e. Menganalisis faktor penyebab level pertama pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember berdasarkan faktor *Machines* yaitu komputer, jaringan internet, dan aplikasi INACBG-s.
- f. Menganalisis faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember dengan menggunakan metode PTA (*Problem Tree Analysis*).
- g. Menyusun upaya perbaikan pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember menggunakan metode *Brainstorming*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Rumah Sakit

- a. Sebagai bahan evaluasi bagi RSD Kalisat dalam upaya menangani masalah terkait pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember
- b. Sebagai bahan masukan bagi RSD Kalisat dalam pengambilan kebijakan untuk meminimalisir terjadinya masalah pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap oleh BPJS

1.4.2 Manfaat bagi Akademis

- a. Sebagai bahan referensi pengembangan ilmu pengetahuan
- b. Sebagai bahan referensi penelitian lain terkait faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat
- c. Sebagai bahan diskusi dalam proses belajar mengajar maupun penelitian di bidang rekam medis dan informasi kesehatan

1.4.3 Manfaat bagi Peneliti

- a. Dapat menambah wawasan dan pengetahuan terkait alur dan prosedur proses klaim BPJS di RSD Kalisat
- b. Dapat menerapkan teori yang didapat dalam kegiatan perkuliahan untuk menghadapi masalah-masalah yang ada saat melakukan penelitian di lapangan.
- c. Dapat mengetahui faktor-faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember