

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Salah satu sarana pelayanan kesehatan yang mempunyai peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah rumah sakit. Undang- Undang no.44 tahun 2009 menjelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien nantinya harus didokumentasikan, dokumentasi inilah yang biasa disebut dengan rekam medis. Rekam medis yang akurat dapat digunakan untuk mengetahui besarnya pembayaran yang harus dibayar secara tunai ataupun melalui asuransi (Hatta,2014). Salah satu jenis asuransi yang sering dipakai adalah asuransi milik pemerintah yaitu BPJS Kesehatan. Sesuai Undang- Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan mulai resmi berlaku pada tanggal 1 Januari 2014.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Dalam mengelola kesehatan pasien di setiap fasilitas kesehatan diwajibkan adanya dokumen rekam medis. Menurut Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Diakhir perawatan seseorang akan dibuatkan resume medis. Resume medis harus diisi dengan lengkap untuk menjaga mutu rekam medis dan juga sering digunakan untuk administrasi persyaratan dalam klaim asuransi. Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan yaitu dari peserta BPJS

Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnose yang merujuk pada ICD 10 atau ICD 9 CM (Artanto,2016). Berkas klaim merupakan berkas tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerja baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain yang untuk melengkapi persyaratan jaminan kesehatan kelengkapan berkas klaim era Jaminan Kesehatan Nasional yang harus sesuai dengan standar berkas yang telah ditentukan (Lulus, 2015).

Rumah Sakit Ibu dan Anak Srikandi IBI Jember merupakan rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS sejak tahun 2014. Rumah Sakit yang terletak di JL KH. Agus Salim No.20, Jember, Jawa Timur merupakan rumah sakit kelas C dengan status akreditasi tingkat utama. Pada saat studi pendahuluan di rumah sakit ini pada bulan Januari-Maret 2019 mengalami keterlambatan penyeteroran klaim yang melebihi batas dari yang telah ditetapkan. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya (KEMENKES RI,2014). Meski demikian data klaim tersebut tetap diserahkan kepihak BPJS untuk mendapatkan pencairan dana. Data pengajuan berkas klaim dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1 Tanggal Pengajuan Berkas Klaim BPJS Rawat Inap pada Bulan Januari-Maret 2019

Jumlah Berkas RI	Berkas Yang Diajukan	Tanggal Pengajuan Klaim	Keterangan
353	Januari 2019	5 Maret 2019	Terlambat 28 hari
249	Februari 2019	10 April 2019	Terlambat 31 hari
313	Maret 2019	9 Mei 2019	Terlambat 29 hari

Sumber: Data Rekap Berkas Klaim BPJS Tahun 2019 di RSIA Srikandi IBI Jember

Tabel 1.1 menunjukkan pengajuan klaim 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.

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 *Standard Operating Procedure (SOP)* yang ada dirumah sakit yaitu 2x24 jam setelah pasien pulang. Buku Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (KLPCM) yang harusnya diisi juga tidak digunakan oleh petugas *assembling* karena petugas juga mengalami *double job*. Berdasarkan wawancara petugas juga seringkali membantu pekerjaan petugas lain karena keterbatasan petugas. Selain itu kepala rekam medik juga mengatakan adanya sarana dan prasarana yang menjadi kendala, dimana pada saat akan meng-input pada aplikasi INA CBG's (*Indonesian Case Base Groups*) terkadang mengalami gangguan server jaringan internet atau adanya *error* pada saat menggunakan komputer dan juga printer.

Penelitian yang dilakukan oleh Malonda *et al.* (2015) menyatakan bahwa pengajuan klaim BPJS kesehatan pada rekapitulasi pelayanan belum dilakukan secara menyeluruh dan terpadu disebabkan tidak terjalin koordinasi dan kerja tim antara perawat pelaksana dengan petugas rekam medis, belum adanya *billing system* yang mempermudah pembuatan rincian tagihan pasien serta pada verifikasi data menjadi tidak optimal karena dokumen klaim yang akan dilakukan verifikasi tidak lengkap dan sering terlambat dalam penyerahan dokumen klaim.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Pratomawisadi *et al.* (2017) faktor penghambat dalam pelayanan program BPJS di Rumah Sakit Umum Puri Raharja yaitu sarana prasarana yang sudah dalam kondisi sudah tua, kurangnya pegawai di bagian pendaftaran BPJS sedangkan faktor pendukung adalah pemberian *reward* kepada petugas terkait kinerja dan dilakukannya evaluasi oleh pihak manajemen rumah sakit setiap 6 bulan demi menjaga mutu dan kualitas pelayanan.

Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Indraswaraswati (2017) terdapat beberapa faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS pasien. Penyebab tersebut yaitu kurangnya pemahaman petugas terkait klaim BPJS, kurangnya jumlah komputer yang terinstal program INA CBGs, tidak adanya SOP yang mengatur alur klaim, serta ketidaklengkapan persyaratan klaim.

Adanya keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS di rumah sakit Srikandi IBI Jember menimbulkan dampak bagi rumah sakit, dimana rumah sakit akan mengalami penundaan pencairan dana BPJS. Apabila pencairan dana BPJS berlangsung lama akan mengakibatkan kerugian dalam hal keuangan rumah sakit. Dampak yang timbul dari kurang efektifnya proses pengajuan klaim dapat berpengaruh langsung pada pemenuhan layanan kesehatan rumah sakit (Istiqamah, 2018).

Dampak terlambatnya pengajuan klaim yang dialami oleh RSIA Srikandi IBI Jember sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Feriawati dan Kusuma (2015) yaitu akan menimbulkan dampak dimana pencairan dana dari BPJS akan terhambat. Terhambatnya pencairan dana bagi rumah sakit dapat berakibat pada rumah sakit yang harus mengeluarkan biaya operasional untuk menutupi biaya yang lain seperti pembelian kebutuhan obat – obatan atau alat alat medis dll.

Petugas mengatakan bahwa dana hasil dari klaim BPJS Kesehatan akan diambil alih dan menjadi tanggung jawab oleh petugas bendahara rumah sakit. Upaya-upaya yang dapat dilakukan oleh rumah sakit dalam menutupi kekurangan biaya klaim INA-CBGS's di antaranya dengan memanfaatkan tenaga kesehatan dari mahasiswa tingkat akhir yang mengeluarkan biaya untuk praktikum maupun dapat membantu dari segi jasa, menetapkan paket pelayanan agar lebih hemat untuk pasien umum sehingga pasien makin tertarik berkunjung ke rumah sakit, dan juga menyediakan fasilitas jemputan misal seperti ambulans kepada pasien sehingga mendapat pemasukan dana untuk rumah sakit (Aulia *et al.* 2017).

Berdasarkan permasalahan tersebut diperlukannya suatu penyelesaian masalah, maka peneliti bermaksud melakukan upaya terkait keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS dengan menggunakan model PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) di RSIA Srikandi IBI Jember. Kelebihan metode PDCA dalam hal

pemecahan masalah terfokus pada akar masalah dan pencarian solusi untuk masing-masing permasalahan yang spesifik (Bustami,2011). Sehingga hasilnya dapat digunakan untuk upaya perbaikan keterlambatan pengajuan klaim BPJS kesehatan.

Menurut Bustami (2011) siklus PDCA (*Plan,Do,Check,Action*) telah banyak digunakan dalam pemecahan mutu pelayanan, khususnya dalam meningkatkan mutu/kualitas dari suatu pelayanan kesehatan. Tahapan proses PDCA yaitu *plan* (perencanaan) berupa menyusun rencana langkah perbaikan permasalahan, *do* (pelaksanaan) usulan rencana langkah perbaikan yang telah dirumuskan, *check* (pemeriksaan) berupa memeriksa hasil dari pelaksanaan dan *action* (perbaikan) merupakan tindakan yang dilakukan untuk mencegah berulangnya persoalan masalah yang sama. Dalam hal ini peneliti ingin melakukan upaya perbaikan pengajuan klaim BPJS kesehatan pada unit rawat inap agar dapat diajukan tepat waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dijelaskan diatas rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana upaya perbaikan keterlambatan pengajuan klaim BPJS kesehatan pada unit rawat inap di RSIA Srikandi IBI Jember tahun 2019?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Upaya perbaikan keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien pada unit rawat inap di RSIA Srikandi IBI Jember tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis *plan* (perencanaan) upaya perbaikan keterlambatan pengajuan klaim BPJS kesehatan pada unit rawat inap di RSIA Srikandi IBI Jember tahun 2019
- b. Menganalisis *do* (pelaksanaan) upaya perbaikan keterlambatan pengajuan klaim BPJS kesehatan pada unit rawat inap di RSIA Srikandi IBI Jember tahun 2019

- c. Menganalisis *check* (pemeriksaan) perbaikan masalah keterlambatan pengajuan klaim BPJS kesehatan pada unit rawat inap di RSIA Srikandi IBI Jember tahun 2019
- d. Menganalisis *action* (perbaikan) upaya perbaikan masalah keterlambatan pengajuan klaim BPJS kesehatan pada unit rawat inap di RSIA Srikandi IBI Jember tahun 2019

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Memberikan saran dalam menyikapi masalah keterlambatan klaim BPJS kesehatan pada unit rawat inap dengan pendekatan PDCA (*plan, do, check, action*).

1.4.2 Bagi Politeknik Negeri Jember

Menambah referensi perpustakaan Politeknik Negeri Jember tentang evaluasi proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan dan sebagai bahan acuan untuk menambah wawasan bagi mahasiswa khususnya, dan masyarakat umumnya.

1.4.3 Bagi Peneliti

1. Membantu dalam penerapan ilmu yang diperoleh selama belajar dibangku kuliah
2. Menambah wawasan dengan menggunakan statistik kesehatan untuk menghasilkan informasi sebagai dasar perencanaan dan pengambilan keputusan dibidang pelayanan kesehatan.