

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU No. 36 Tahun 2009 pasal 1). Selanjutnya ditegaskan lagi dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada pasal 28 H (1), bahwa kesehatan merupakan hak fundamental bagi setiap penduduk. Peran Pemerintah Daerah yaitu untuk kesejahteraan, oleh karena itu rumah sakit menyediakan pelayanan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan.

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 pasal (1) 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 Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Rumah sakit juga merupakan perusahaan jasa yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan masyarakat dengan kriteria yang khusus dikenal dengan padat modal, padat karya, padat resiko dan padat masalah. Padat modal artinya rumah sakit menjalankan usahanya dengan dana yang besar, padat karya artinya melibatkan banyak sumber daya manusia, padat resiko artinya rumah sakit menghadapi tantangan perubahan penyakit yang semakin kompleksnya pelayanan dan rawannya resiko.

RSUD Dr. R Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro (yang selanjutnya disebut *RSUD Bojonegoro*) adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Bojonegoro sebagai Rumah Sakit kelas B Non Pendidikan serta telah terakreditasi Paripurna. RSUD Bojonegoro mempunyai 16 jenis pelayanan antara lain : Pelayanan Rawat Darurat, Pelayanan Rawat Jalan yang terdiri dari 19 poliklinik spesialis, Pelayanan Rawat Inap (VVIP, VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III, Isolasi, HCU, Transisi, NICU), Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Farmasi, Instalasi Bedah Sentral, Pelayanan CSSD, Pelayanan Administrasi Terpadu, Pelayanan Bank Darah, Pelayanan Gizi, Pelayanan Hemodialisa, Pelayanan Pemulasaran Jenazah, Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah, Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit dan Pelayanan Administrasi Manajemen. Selain itu RSUD Bojonegoro juga merupakan pusat pelayanan kesehatan rujukan dari beberapa rumah sakit di daerah Bojonegoro dan sekitarnya serta sebagai sarana praktek mahasiswa DIII Keperawatan, Kebidanan dan berbagai disiplin ilmu lainnya. Dalam menyelenggarakan kesehatan RSUD Bojonegoro bekerja sama dengan berbagai pelayanan penjamin.

Pelayanan penjamin yaitu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang pembayarannya dibebankan kepada penjamin yang sudah ada perjanjian kerjasama dengan Rumah Sakit. Terdapat dua kategori penjaminan yaitu penjaminan yang bertujuan komersial dan penjaminan yang bertujuan sosial. Penjaminan Komersial adalah penjaminan yang dikelola oleh perusahaan swasta atas keikutsertaan masyarakat secara sukarela. Jenis penjamin

komersial dapat terbagi menjadi dua jenis lagi yakni secara konvensional dan syariah. Sedangkan untuk penjaminan sosial adalah mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas resiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU Sistem Jaminan Sosial Nasional No. 40 Tahun 2004). Selain penjaminan yang bertujuan komersial dan penjaminan yang bertujuan sosial adapula program Jaminan Kesehatan Daerah (yang selanjutnya disebut *Jamkesda*). Jamkesda adalah program jaminan bantuan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang diberikan Pemerintah Daerah Kabupaten Bojonegoro, sasaran program Jamkesda adalah seluruh masyarakat dikabupaten Bojonegoro tersebut yang belum memiliki jaminan kesehatan berupa Jamkesmas, Askes dan asuransi kesehatan lainnya. RSUD Bojonegoro salah satunya bekerjasama dengan pelayanan penjaminan sosial yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (yang selanjutnya disebut BPJS).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang mempunyai tujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberi jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. 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. Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan adalah badan hukum public yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian.

RSUD Bojonegoro sebagai penyedia pelayanan kesehatan berhak mendapatkan pembayaran klaim atas pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan, dan BPJS Kesehatan berkewajiban untuk melakukan pembayaran kepada RSUD Bojonegoro atas pelayanan yang sudah diberikan. BPJS Kesehatan dalam pembayaran klaim menerapkan tarif paket diagnosis berdasar *Indonesian Case Base Group* atau INA CBG's. INA CBG's merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis. Setiap layanan yang diberikan diberi kode atau koding sesuai diagnosis dan komplikasi yang ada. Pada sistem INA-CBG ada 2 episode yaitu episode rawat jalan dan rawat inap. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan atau tatalaksana yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Sedangkan episode rawat inap adalah satu rangkaian perawatan mulai tanggal masuk sampai keluar rumah sakit termasuk perawatan diruang rawat inap, ruang intensif, dan ruang operasi. Untuk pasien yang masuk kerawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap dimana

pelayanan yang telah dilakukan dirawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017, Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Adapun persyaratan yang harus dilengkapi secara administrasi oleh RSUD Bojonegoro dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan yaitu untuk pasien rawat jalan antara lain : *soft copy* iuran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit, *print out* iuran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit bukti pelayanan, rincian biaya tagihan, hasil pemeriksaan penunjang dan laporan tindakan. Sedangkan untuk persyaratan pasien rawat inap antara lain: Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Surat perintah rawat inap, *print out* iuran aplikasi pengajuan klaim, resume medis yang di tandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (yang selanjutnya disebut *DPJP*), rincian biaya tagihan dan bukti pelayanan lain yang di tandatangani oleh *DPJP* misalnya laporan operasi, *protocol* terapi dan regimen, perincian tagihan rumah sakit serta berkas pendukung lain yang diperlukan.

Dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan, RSUD Bojonegoro harus menyertakan resume medis sebagai salah satu syarat berkas pengajuan klaim, yang dimaksud resume medis yaitu ringkasan seluruh masa perawatan dan pengobatan yang dilakukan oleh dokter kepada pasien baik berupa resume medis tertulis ataupun resume medis elektronik. Resume medis dibuat oleh *DPJP* sesuai dengan bentuk format yang berlaku di RSUD Bojonegoro. Diakhir resume medis *DPJP* wajib membubuhkan tanda tangan sebagai

keaslian dan sahnya resume medis tersebut. Untuk melengkapi isian yang lainnya DPJP menyerahkan kepada dokter ruangan atau *case manager*. Isian dalam resume medis harus terisi lengkap mulai anamnesa hingga tanda tangan DPJP.

Resume medis diberikan diakhir perawatan pasien baik hidup sembuh atau meninggal. Setelah pasien Keluar Rumah Sakit (KRS) resume medis yang sudah lengkap diserahkan dari ruang perawatan ke pengelola klaim yang disebut Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu (yang selanjutnya disebut *PAT*), di *PAT* berkas akan di proses untuk pengajuan klaim yaitu berkas akan diverifikasi baik secara administrasi dan diagnosis, kemudian berkas resume medis dikoding menggunakan ICD-10 dan ICD 9CM sesuai aturan yang berlaku dan regulasi yang ditetapkan pemerintah. Setelah selesai dikoding lalu memasukan kode-kode penyakit dan tindakan tertentu ke aplikasi E-klaim, dari aplikasi tersebut akan dibaca dan diproses di *grouper* INA-CBG's dari kode tertentu menjadi tarif. Jika resume medis tidak lengkap maka berkas resume medis dikembalikan ke ruang perawatan untuk dilengkapi kembali. Kembalinya berkas resume medis ke ruang perawatan akan menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim rumah sakit ke BPJS Kesehatan, jika berkas tidak segera dilengkapi akan berakibat pada tidak terbayarnya pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit dan akan mengakibatkan kerugian rumah sakit serta menurunnya pemasukan rumah sakit. Dalam pelaksanaannya rumah sakit terkadang memiliki berbagai kendala terkait pengajuan klaim tersebut. Salah satunya yaitu terjadinya keterlambatan

pengajuan klaim dari RSUD Bojonegoro ke BPJS Kesehatan. Pada saat magang penulis menemukan data terkait terjadinya keterlambatan pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan, sebagaimana tabel dibawah ini :

Tabel 1. 1 Jumlah Pasien dan Jumlah Hari Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Bojonegoro Periode Tahun 2016 – 2018

No	Bulan pelayanan	Jumlah Pasien RI dan RJ/Bulan/Tahun			Rata-Rata	Persentase Kenaikan Pasien	Jumlah Hari Keterlambatan/Bulan/Tahun/ RI			Rata-Rata	Persentase Kenaikan Keterlambatan
		2016	2017	2018			2016	2017	2018		
1	Jan	8364	9110	10426	9300	12.11%	2	28	27	19	42.11%
2	Feb	7342	8870	9669	8627	12.08%	3	31	28	21	35.48%
3	Mar	9343	9776	10143	9754	3.99%	4	29	34	22	52.24%
4	Apr	9423	9267	10105	9599	5.27%	6	25	45	25	77.63%
5	Mei	9301	9622	9925	9616	3.21%	6	29	51	29	77.91%
6	Jun	9363	7031	6954	7783	-10.65%	4	25	40	23	73.91%
7	Jul	6783	9902	10409	9031	15.25%	4	17	52	24	113.70%
8	Agt	9905	10246	9554	9902	-3.51%	5	20	41	20	108.47%
9	Sep	8812	9280	8996	9029	-0.37%	2	23	27	17	55.77%
10	Okt	9705	10021	9382	9703	-3.30%	14	16	24	18	33.33%
11	Nov	9332	9718	8702	9251	-5.93%	30	14	24	23	5.88%
12	Des	9028	9314	9125	9156	-0.33%	23	11	8	14	-42.86%
	<b>Total</b>	<b>106701</b>	<b>112157</b>	<b>113390</b>	<b>110749</b>	<b>2.38%</b>	<b>103</b>	<b>268</b>	<b>401</b>	<b>257</b>	<b>55.83%</b>

Sumber : *Data diolah dari Laporan realisasi klaim dan berita acara sub bagian verifikasi dan akuntansi tahun 2017-2018, data tahun 2016 dikutip dari penelitian "Wahyuni Niasari" tahun 2018*

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa rata – rata persentase kenaikan pasien setiap tahunnya meningkat sebesar 2,38% yang berarti setiap tahunnya jumlah pasien dari tahun 2016 sampai tahun 2018 meningkat. Sedangkan untuk rata-rata persentase pertumbuhan 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.

Untuk pengajuan klaim yang dilakukan di RSUD Bojonegoro kepada BPJS Kesehatan masih mengalami keterlambatan yang jauh dari tanggal yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan sesuai penjelasan didepan menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017, Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya

Berdasarkan data diatas setelah diuji tingkat hubungan meningkatnya jumlah pasien dengan meningkatnya keterlambatan pengajuan klaim diperoleh hasil  $0,930 > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah pasien dengan keterlambatan pengajuan klaim yang berarti terdapat penyebab faktor lain yang menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS kesehatan yang akan berdampak pada kegagalan klaim yang sudah diteliti oleh “Wahyuni Niasari, di RSUD Bojonegoro Tahun 2018 Stikes Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo.

Tabel 1. 2 Nilai klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan pasien rawat inap tahun 2016-2017 di RSUD Bojonegoro

No.	Bulan	Nilai klaim yang diajukan		Nilai yang tak terbayar		Tingkat Kegagalan	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017
1	Jan	4.583.404.985	5.506.570.240	0	59.464.900	0%	15%
2	Feb	4.322.079.737	4.870.207.607	0	101.280.400	0%	26%
3	Mar	5.349.965.939	5.343.026.647	0	27.720.000	0%	7%
4	Apr	4.886.410.065	4.023.234.042	0	71.863.500	0%	18%
5	Mei	4.704.748.251	4.151.597.557	0	14.077.800	0%	4%
6	Jun	4.848.828.714	4.881.099.494	0	14.385.200	0%	4%

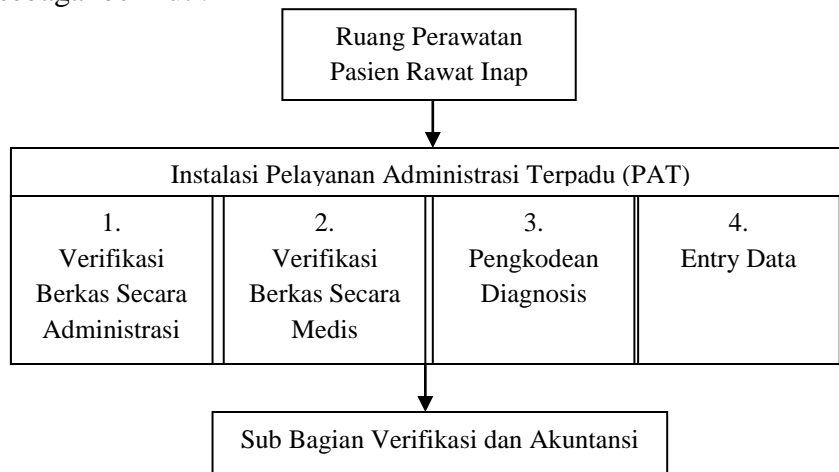


No.	Bulan	Nilai klaim yang diajukan		Nilai yang tak terbayar		Tingkat Kegagalan	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017
7	Jul	4.368.975.553	6.478.865.930	28.514.900	10.512.600	31%	3%
8	Agt	4.625.810.444	6.149.092.832	10.745.900	29.307.500	12%	7%
9	Sep	4.292.212.769	5.685.821.568	0	14.099.600	0%	4%
10	Okt	3.856.504.446	6.155.123.800	0	25.711.600	0%	7%
11	Nov	4.675.319.047	5.763.700.356	32.065.300	26.253.300	35%	7%
12	Des	5.275.752.606	5.595.864.151	19.686.700	0	22%	0%
	Jml	55.790.012.556	64.604.204.224	91.012.800	394.676.400	0,2%	0,6%

Sumber : data dikutip dari penelitian "Wahyuni Niasari" tahun 2018

Berdasarkan data tabel 1.5 dari penelitian Wahyuni Niasari tahun 2018 dapat disimpulkan bahwa tingkat kegagalan klaim pada tahun 2016 adalah 0,2% dari Rp. 55.790.012.556 sebesar Rp. 111.580.025 dan pada tahun 2017 adalah 0,6% dari Rp. 64.604.204.224 sebesar Rp. 387.625.225, dengan jumlah rupiah sebesar itu menjadikan kegagalan klaim tersebut tidak wajar dikarenakan rumah sakit mengalami kerugian yang cukup besar dalam setahun.

Adapun alur proses pelayanan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap sebagai berikut :



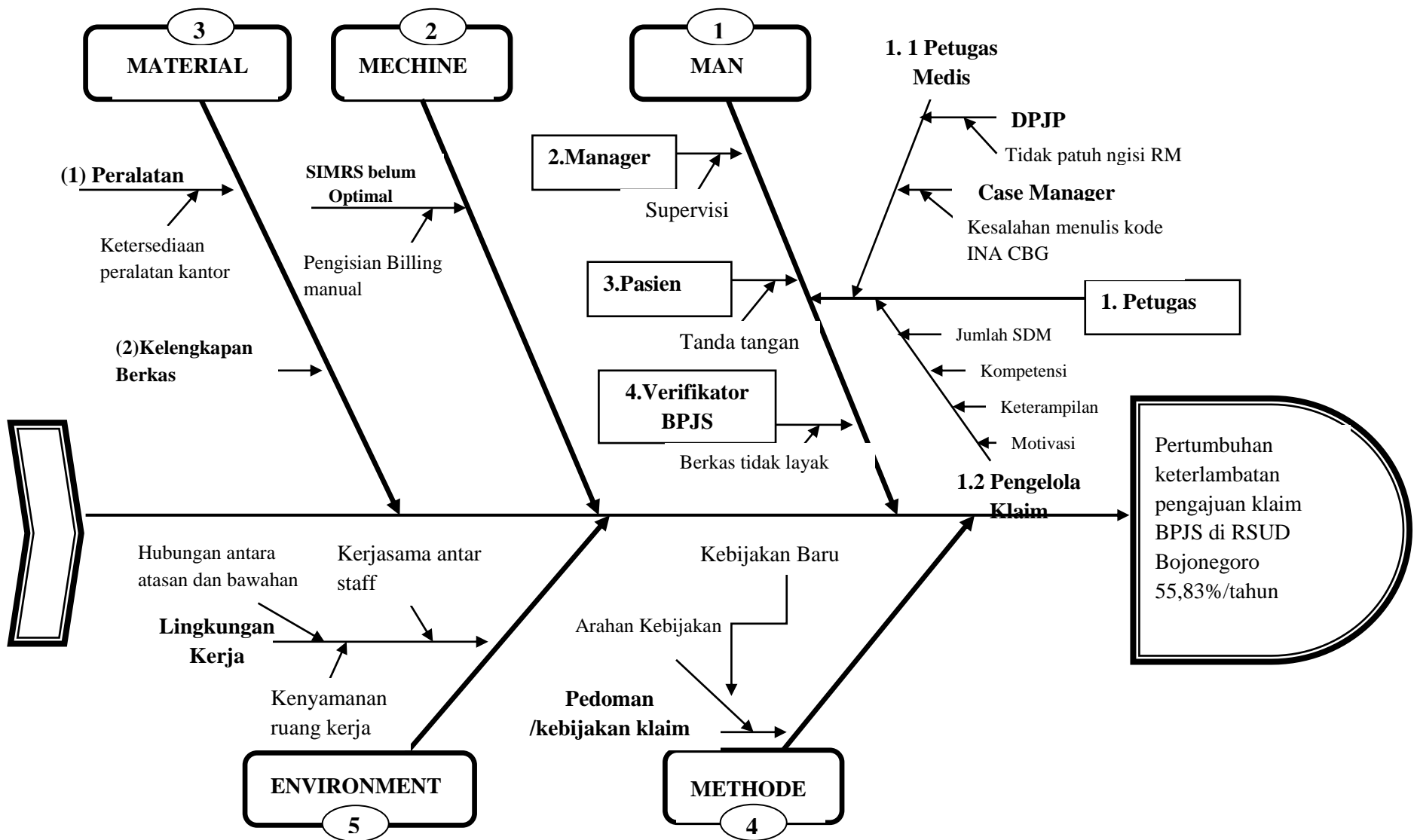
Gambar 1. 1 Alur Pelayanan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap

Dari skema diatas dapat dijelaskan bahwa, proses pelayanan pengajuan klaim berawal dari Instalasi PAT menerima berkas pengajuan klaim berupa data status pasien yang dikirim secara bertahap setelah 3 hari dihitung dari tanggal pulang. Setelah berkas berada di Instalasi PAT, berkas akan diverifikasi baik secara administrasi dan diagnosis, kemudian berkas resume medis dikoding menggunakan ICD-10 dan ICD 9CM sesuai aturan yang berlaku dan regulasi yang ditetapkan pemerintah. Setelah selesai dikoding lalu memasukan kode-kode penyakit dan tindakan tertentu ke aplikasi E-klaim, dari aplikasi tersebut akan dibaca dan diproses di *grouped* INA-CBG's dari kode tertentu menjadi tarif. Kemudian setelah diproses di Instalasi PAT berkas diserahkan ke Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi untuk diverifikasi kembali berkas pengajuan klaim yang telah dinyatakan benar dan lengkap untuk dibuatkan dan melengkapi kwitansi dan berita acara verifikasi berkas dan klaim serta pendukung lainnya. Berkas data klaim yang sudah terverifikasi ditanda tangani oleh Kepala Bagian Keuangan selanjutnya di tanda tangani oleh Direktur. Berkas data klaim yang sudah ditanda tangani oleh Direktur dikirim ke kantor BPJS Kesehatan.

Dari penjelasan tentang alur pelayanan pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap diatas, saya ingin melihat titik keterlambatan pengajuan klaim itu dari titik pelayanan yang mana, yang dimaksud titik pelayanan disini meliputi dari ruangan perawatan ke Instalasi PAT, dari Instalasi PAT ke Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat membantu rumah sakit untuk perbaikan dimasa yang akan datang serta tidak terjadi keterlambatan pengajuan klaim dikemudian harinya.

## 1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan data awal yang telah dibahas didapat data masalah mengenai keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dan data terkait dampak dari keterlambatan pengajuan klaim yaitu kegagalan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Bojonegoro, berikut gambar faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dengan alat bantu *Fish Bone* atau analisis diagram *Ishikawa* :



Gambar 1. 2 Kajian Masalah

Setelah kami lakukan analisis faktor-faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim dengan menggunakan alat bantu *Fish Bone* atau analisis diagram *Ishikawa*. Terdapat 5 faktor atau variabel yang menjadi kemungkinan penyebab keterlambatan pengajuan klaim yang dapat dijelaskan dibawah ini :

## 1) Faktor Man

### 1. Petugas

#### 1.1 Petugas Medis

Dari faktor petugas medis yaitu yang pertama DPJP tidak patuh dalam mengisi resume medis. DPJP adalah dokter yang bertanggung jawab sepenuhnya atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien sampai pasien keluar rumah sakit. Tugas DPJP yaitu mengelola rangkaian asuhan medis seorang pasien sesuai standar pelayanan medis / profesi mulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang medis, penegakan diagnosis, perencanaan dan pemberian terapi serta tindakan medis, sampai dengan rehabilitasi. DPJP harus membuat rencana pelayanan yang memuat segala aspek asuhan medis yang akan diberikan termasuk pemeriksaan, konsultasi, rehabilitasi pasien dan lain-lain dalam berkas rekam medis.

Setelah pasien pulang DPJP tersebut harus melengkapi data medis dilembar *resume medis* baik secara elektronik maupun secara manual, *resume medis* diisi oleh dokter secara manual dan data yang ada pada lembaran tersebut digunakan untuk membuat kode tindakan dan kode

penyakit yang nantinya diperlukan untuk pengajuan klaim RSUD Bojonegoro ke BPJS Kesehatan. Dan diakhir *resume* DPJP wajib membubuhkan tanda tangan sebagai keaslian dan sahnya *resume medis* untuk diajukan klaim ke BPJS Kesehatan. Jika DPJP tidak patuh dalam mengisi *resume medis* pasien atau berkas resume medis pasien yang diajukan tidak lengkap, sehingga pada saat pengajuan klaim ke bagian PAT berkas dikembalikan kembali keruang perawatan untuk dilengkapi. Hal ini berdampak secara langsung pada ketepatan waktu pengajuan klaim yang menyebabkan pengajuan klaim menjadi lama atau terlambat.

Faktor kedua dari petugas medis yaitu *Case manager* salah menuliskan kode INA-CBG. Pada saat diajukan ke bagian PAT ada ketidak sesuaian antara kode INA-CBG dengan diagnose penyakit yang ditulis oleh *case manager*. Jika terjadi seperti itu maka unit penjamin akan berkoordinasi dengan DPJP dan *case manager* dalam pengkodean ulang. Sehingga dalam pengajuan berkas klaim akan semakin lama.

#### 1.2 Petugas klaim (verifikator berkas secara administrasi, verifikator berkas secara medis, pengkodean diagnosis dan entry data)

Verifikator secara administrasi yaitu petugas verifikasi berkas pasien rawat inap yang melakukan pemeriksaan secara cermat pada masing-masing berkas persyaratan agar tidak ada kendala pada saat pengajuan klaim. Tugas verifikator secara administrasi yaitu menerima status rawat inap baik BPJS maupun Jamkesda dari semua ruangan serta memverifikasi baik persyaratan maupun penulisan rincian ruangan pasien

BPJS dan Jamkesda. Jumlah petugas verifikator berkas secara administrasi untuk pasien rawat inap berjumlah satu orang dengan *background* pendidikan Sarjana Psikologi.

Verifikator secara medis yaitu petugas yang melakukan pengecekan terhadap diagnose pasien yang telah ditulis oleh dokter di resume medis. Untuk jumlah petugas verifikasi berkas secara medis untuk rawat inap berjumlah satu orang dengan *background* pendidikan terakhir S. Ners.

Pengkodean diagnosis yaitu salah satu petugas pengelola klaim yang mempunyai tugas untuk melakukan koding dari diagnose maupun tindakan dengan menggunakan ICD 10 dan ICD 9CM. Untuk jumlah petugas pengkodean diagnosis rawat inap berjumlah satu orang dengan *background* pendidikan terakhir D3 Rekam Medis.

Pengentry data yaitu petugas pengelola klaim yang bertugas untuk meng-input diagnose yang sudah dikoding ke dalam INA-CBGs. Untuk jumlah petugas pengentry data hanya berjumlah satu orang dengan *background* pendidikan terakhir Amd. AKL.

Dari faktor petugas klaim mulai dari petugas verifikasi secara administrasi sampai petugas pengentri data, terdapat akar penyebab masalah yaitu kurangnya jumlah tenaga pengelola klaim khususnya pasien rawat inap baik dari petugas verifikasi berkas secara administrasi sampai petugas pengentri data yang jumlahnya masing-masing 1 orang, Berakibat pada berkas pengajuan klaim menumpuk diruangan dan beban petugas tinggi dikarenakan semakin tahun jumlah pasien di RSUD Bojonegoro

meningkat dan untuk berkas yang diklaimkan juga semakin meningkat, akan tetapi petugas klaim jumlahnya tetap.

Akar penyebab kedua yaitu kompetensi petugas klaim. Kompetensi adalah kemampuan seseorang dalam melaksanakan tugas dan pekerjaannya sesuai dengan jabatannya. Kompetensi petugas klaim dalam menjalankan tugasnya sangatlah penting, karena jika petugas klaim tersebut tidak memiliki kompetensi sesuai bidangnya tersebut maka akan terjadi kesalahan dalam menjalankan tugasnya.

Akar penyebab ketiga yaitu keterampilan petugas klaim, karena keterampilan petugas klaim sangat dibutuhkan dalam penyelesaian berkas klaim agar berkas klaim yang diajukan tidak terlambat. Pengalaman kerja juga dapat memperdalam dan memperluas kemampuan kerja petugas klaim, semakin sering petugas klaim melakukan pekerjaan yang sama semakin terampil dan semakin cepat dia menyelesaikan pekerjaannya tersebut. Jika petugas klaim tidak memiliki keterampilan dalam bekerja maka akan berdampak pada proses pekerjaan berkas klaim yang sangat lama sehingga berkas pengajuan klaim menjadi terlambat.

Akar penyebab keempat yaitu motivasi kerja, motivasi kerja merupakan daya dorong seseorang untuk melakukan pekerjaan tertentu. Motivasi kerja seseorang sangat tergantung pada dua hal, pertama pandangan seseorang tersebut atas makna atau arti suatu pekerjaan tertentu. Kedua rangsangan dari luar yang membuat seseorang tertarik atau bersedia melakukan pekerjaan dimaksud. Dari segi pandangan



seseorang atas pekerjaan banyak orang yang melihatnya hanya sekedar kesempatan kerja dan sumber penghasilan. Banyak pekerja yang tidak merasakan dan dengan demikian tidak memanfaatkan pekerjaan itu sebagai kesempatan untuk meraih pengalaman kerja, pengetahuan, dan kesempatan membangun karier dan sarana aktualisasi diri. Sehingga dalam bekerja kebanyakan petugas klaim tidak bersemangat untuk menyelesaikan pekerjaannya yang berdampak pada penyelesaian berkas klaim juga terlambat.

## 2. Manager

Manager mempunyai tugas yaitu memberikan arahan atau melakukan supervisi secara berkala terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahannya. Sehingga bawahan mengetahui apa yang harus dikerjakan dan yang tidak boleh dikerjakan, jika manager tidak pernah melakukan supervisi atau upaya pengamatan secara langsung dan berkala terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahannya serta manager tidak memberi petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung dalam penyelesaian masalah yang ada maka manager tidak pernah memberi masukan atau saran atas berkas yang mengalami keterlambatan pengajuan klaim tersebut. Sehingga secara terus menerus dalam pengajuan klaim akan mengalami keterlambatan.

## 3. Pasien

Pasien merupakan seseorang yang menerima perawatan medis selama dirawat dirumah sakit. Setiap pasien yang mendapatkan tindakan atau

pelayanan, pasien tersebut harus membubuhkan tanda tangan untuk persetujuan dalam melakukan tindakan. Jika tidak ada tanda tangan pasien pihak rumah sakit harus melakukan konfirmasi kepada pasien atau memanggil pasien yang sudah pulang dari rumah sakit. Dan itu akan memakan waktu yang semakin banyak serta pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan akan mengalami keterlambatan.

#### 4. Verifikator BPJS Kesehatan

Verifikator BPJS Kesehatan adalah orang yang ditugaskan BPJS Kesehatan untuk ditempatkan di pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit sebagai verifikator berkas klaim yang ingin diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Tugas verifikator adalah memilah berkas klaim tersebut layak atau tidak untuk dibayar oleh BPJS Kesehatan. Berkas yang sudah layak kemudian diklaimkan agar mendapat pergantian biaya perawatan dari pelayanan kesehatan. Berkas yang belum layak kemungkinan karena kurang lengkapnya data atau persyaratan yang membuat klaim tidak bisa diajukan akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit agar dilakukan kelengkapan data sehingga berkas tersebut dapat diklaimkan kembali. Kembalinya berkas yang tidak lengkap mengakibatkan pembayaran BPJS Kesehatan ke rumah sakit menjadi terlambat.

#### 2) Faktor Mechine

Dari segi mechine terdapat satu faktor penyebab keterlambatan dalam pengajuan klaim yaitu Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) belum optimal.

Sistem Informasi Rumah Sakit adalah sistem komputerisasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan kesehatan dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk mendukung kinerja dan memperoleh informasi secara cepat, tepat, dan akurat. Dalam pengajuan klaim pasien rawat inap SIMRS sudah terintegrasi namun belum optimal, dikarenakan dalam memasukkan *billing* rumah sakit ke aplikasi klaim BPJS Kesehatan masih manual harus memasukkan satu persatu dan membutuhkan waktu yang lama.

### 3) **Faktor Material**

Dari segi material terdapat dua faktor yang dapat mempengaruhi kinerja petugas klaim yang berdampak pada keterlambatan dalam pengajuan klaim yaitu faktor peralatan yang dilihat dari ketersediaan peralatan kantor/ computer untuk menunjang penyelesaian proses pekerjaan pengajuan klaim. Faktor kedua yaitu dari kelengkapan berkas pengajuan klaim, kelengkapan berkas yang dimaksud yaitu kelengkapan berkas secara administrasi dan kelengkapan berkas secara medis mulai dari surat rujukan, surat egibilitas pasien, *fotocopy* KTP, KK, Kartu anggota BPJS Kesehatan, *Billing* rincian pelayanan kesehatan. Jika berkas pengajuan klaim yang diserahkan ke bagian PAT tidak lengkap maka berkas akan diserahkan kembali kebagian ruang perawatan untuk dilengkapi kembali. Kembalinya berkas keruang perawatan yang mengakibatkan pengajuan berkas klaim mengalami keterlambatan.

### 4) **Faktor Methode**

Dari segi metode yaitu dilihat dari faktor adanya arahan atau sosialisasi atas pedoman atau kebijakan klaim yang baru. Jika pimpinan tidak memberikan

sosialisasi atau arahan kepada bawahannya terhadap pedoman / kebijakan klaim yang baru maka kemungkinan akan berakibat pada keterlambatan dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

## **5) Faktor Environment**

Dari segi environment ada satu faktor penyebab dalam pengajuan klaim yaitu lingkungan kerja, lingkungan kerja dapat dilihat dari kenyamanan ruangan kerja dan kerjasama antar staf serta hubungan kerja antara atasan dan bawahan. Jika ruangan nyaman, kerjasama antar tim serta hubungan antara atasan dan bawahan berjalan baik, ketiga faktor lingkungan tersebut akan mempengaruhi kinerja petugas klaim dan petugas akan bersemangat dalam menyelesaikan pekerjaannya, begitupun sebaliknya.

### **1.3 Batasan Masalah**

Penelitian ini difokuskan pada penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien Rawat Inap RSUD Bojonegoro

### **1.4 Rumusan Masalah**

Berdasarkan kajian masalah tersebut maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah faktor-faktor apa saja yang menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro?

## **1.5 Tujuan Penelitian**

### **1.5.1 Tujuan Umum**

Menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro

### **1.5.2 Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis faktor-faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan
- b. Menganalisis pengaruh pemberdayaan organisasi terhadap keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan
- c. Menganalisis kebutuhan waktu penyelesaian pekerjaan satu berkas klaim
- d. Menghitung tingkat produktivitas pada tingkat individu dan tingkat produktivitas unit PAT

## **1.6 Manfaat Penelitian**

### **1.6.1 Bagi Peneliti**

Dapat mengaplikasikan ilmu yang telah didapat selama perkuliahan serta sebagai sarana menambah wawasan dan pengetahuan tentang penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.

### **1.6.2 Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi rumah sakit untuk mengetahui faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap serta sebagai bahan untuk meminimalisir terjadinya keterlambatan klaim dikemudian harinya.

### **1.6.3 Bagi STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya**

- a. Untuk menambah referensi dipergustakaan mengenai penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap
- b. Menjadi referensi untuk penelitian yang berhubungan dengan penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan