

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar belakang**

Negara Indonesia merupakan salah satu negara yang menerapkan sistem Jaminan kesehatan nasional (JKN) yang dimulai pada tahun 2014 secara bertahap hingga 1 Januari 2019. Berdasarkan Undang-undang (UU) No 40 tahun 2004 menyatakan bahwa sistem jaminan sosial yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya, menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur (Undang-Undang, 2004).

Jaminan sosial dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup dan dapat merubah hidup masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Jaminan sosial Menurut Peraturan Presiden (Perpres) Republik Indonesia (RI) No. 12 Tahun 2013 tentang 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. (Perpres No. 12 tahun, 2013)

Jaminan ini disebut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS, peserta JKN dibagi menjadi dua yaitu penerima bantuan iuran (PBI) dan non PBI. Menurut (Valentina, 2018) Badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada BPJS kesehatan.

Rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS kesehatan dapat mengajukan klaim untuk dibayar oleh BPJS kesehatan apabila layak klaim. Sejak 1 Mei 2018 klaim BPJS berubah menjadi klaim secara elektronik atau disebut dengan verifikasi digital klaim (VEDIKA) dengan lama waktu verifikasi sampai pembayaran sama (15 hari) dengan menggunakan sistem V-claim. Menurut buku manajemen informasi kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2018) dinyatakan bahwa :

“Sistem pembayaran pelayanan kesehatan telah diatur secara tegas di Peraturan Presiden tentang Jaminan kesehatan pasal 39 yaitu menggunakan mekanisme kapitasi untuk pelayanan kesehatan tingkat pertama dan mekanisme *Indonesian case based groups* (INA-CBGs) untuk pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Sedangkan untuk sistem kendali mutu pelayanan, meski pada pasal 20 ayat 1 telah menetapkan "produk" dari jaminan kesehatan, yaitu pelayanan kesehatan perorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, namun belum ditetapkan secara tegas tentang "mutu produk" tersebut.”

Pembayaran atau penggantian biaya pelayanan kesehatan pada INA-CBG'S menggunakan sistem prospektif yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Ketika melakukan pembayaran menggunakan sistem INA-CBG'S yang digunakan sebagai pengajuan klaim, baik Rumah Sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien kode *Disease Related Group* (DRG). Permenkes (2014) membenarkan bahwa tarif INA-CBG'S didasarkan pada pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang

mirip/sama, penggunaan diagnosis biaya perawatan, pengelompokkan dilakukan dengan melakukan software grouper.

Menurut buku petunjuk teknis klaim BPJS kesehatan (2014) Pengajuan klaim rumah sakit yang menggunakan software INA-CBG'S memiliki beberapa tahapan verifikasi yang pertama yaitu tahapan verifikasi administrasi yang meliputi berkas rawat jalan dan rawat inap pasien verifikasi pelayanan kesehatan dimana masing masing pelayanan kesehatan. Yang kedua yaitu tahapan administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan dan yang terakhir verifikasi menggunakan software, setiap pasien harus melewati tahapan tahapan verifikasi. Ketika ada salah satu dari tahapan verifikasi ada beberapa berkas yang tidak memenuhi syarat, maka penyerahan berkas kepada verifikator menjadi terlambat sehingga harus di *pending*.

Pada tahun 2018 dilakukan transisi menuju E-klaim yaitu melalui sistem vedika karena terdapat kendala pada pihak rumah sakit misalnya pengembalian berkas klaim tidak tersedia berita acaranya sedangkan, pada pihak BPJS Kesehatan, khususnya verifikator mengeluhkan adanya perbedaan persepsi antara koder dan verifikator rumah sakit terhadap kelengkapan berkas klaim sebagai pendukung koding. Solusi yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan merubah sistem verifikasi klaim manual menjadi e-claim (Wahyuni, 2020).

Vedika bertujuan untuk meningkatkan proses pelayanan kepada fasilitas kesehatan, pada kenyataannya belum semua fasilitas kesehatan menerapkan sistem vedika. Menurut wahyuni (2020) sumber daya manusia di bagian casemix sudah berkompeten dan bertanggung jawab dalam bidangnya masing-masing karena pemahamannya terhadap sistem vedika sudah baik. Namun, sumber daya manusia

bagian casemix jumlahnya masih kurang sedangkan berkas pasien yang ditangani semakin bertambah. Rumah Sakit telah memiliki sarana untuk pelaksanaan sistem vedika yang cukup lengkap dan layak digunakan.

Bedasarkan Jurnal dengan tema *Pending claim* ada beberapa kasus yang diperoleh dengan menggunakan *random sampling* sebanyak 5 jurnal sebagai berikut :

Tabel 1.1Tabel Kasus Pada Jurnal *Pending Claim*

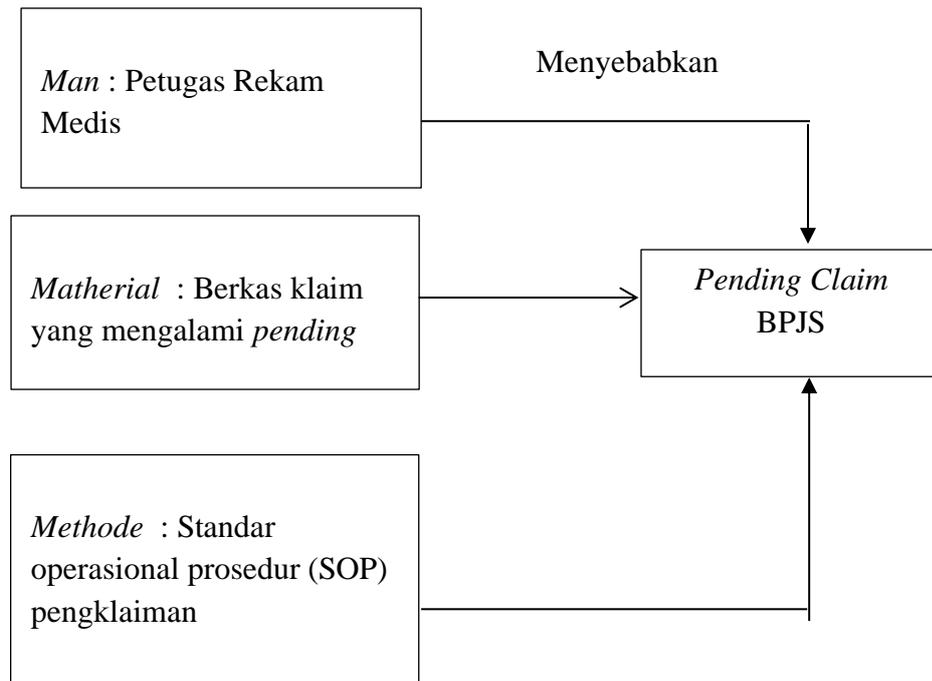
Judul Jurnal	Tahun terbit	Kasus
Optimalisasi manajemen penanganan klaim pending pasien BPJS rawat inap dirumah sakit citra husada jember	(2019)	<p>Faktor <i>Matherial</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ketidaklengkapan pengisian berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap</li> <li>2. Ketidaklengkapan berkas klaim.</li> </ol> <p>Faktor <i>Man</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangnya motivasi dari pimpinan</li> </ol> <p>Faktor <i>Method</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak adanya rincian pekerjaan dan <i>job description</i>.</li> </ol>
Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Pendukung Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit S Kota Semarang.	(2020)	<p>Faktor <i>Man</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakpatuhan dokter dalam pengisian berkas klaim</li> </ol> <p>Faktor <i>Method</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Keterlamabatan pembayaran klaim</li> </ol>
Analisis implementasi verifikasi digital klaim (vedika) dengan kejadian tertundanya klaim BPJS kesehatan	( 2020)	<p>Faktor <i>Man</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tulisan dokter yang tidak jelas .</li> <li>2. kumlah petugas casemix yang terbatas</li> <li>3. Pemahaman DPJP tentang koding</li> </ol>
Judul Jurnal	Tahun terbit	Kasus
pada bulan Januari, Februari dan maret		diagnosa masih kurang Faktor <i>Matherial</i>

2019 di RS panti rahayu puwodadi		1. Tidak ada pemantauan dan evaluasi implementasi sistem vedika.
Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat tahun 2019	(2020)	Faktor <i>Matherial</i> 1. Ketidaklengkapan resume medis 2. Ketidaktepatan pengkodean 3. Ketidaklengkapan berkas klaim Faktor <i>Method</i> 1. Regulasipengelolaan klaim BPJS rawat inap di RSAB Harapan Kita belum lengkap
Evaluasi pelaksanaan sistem verifikasi di kantor (vedika) BPJS kesehatan dirumah sakit william booth semarang	(2018)	Faktor <i>Matherial</i> 1. Adanya pengembalian berkas klaim yang tidak tepat waktu. 2. Keterlambatan pembayaran klaim. Faktor <i>Method</i> 3. Standar prosedur operasional mengenai pelaksanaan sistem vedika hanya dimiliki oleh BPJS Kesehatan, sementara Rumah sakit tidak memiliki SPO pelaksanaan sistem vedika

Bedasarkan hasil jurnal pada tabel 1.1 yaitu terdapat 5 jurnal yang dapat disimpulkan bahwa masih banyak rumah sakit memiliki kendala dalam pengajuan klaim BPJS yang tidak memenuhi syarat verifikasi yang telah ditetapkan oleh BPJS. Jika penelitian ini tidak dilakukan dan kasus *pending claim* terus terjadi maka rumah sakit akan mengalami kerugian dikarenakan pendapatan rumah sakit yang terus menurun. Selain pendapatan rumah sakit yang terganggu rumah sakit akan mengalami penurunan mutu pelayanan yang tentunya para pasien tidak nyaman dan berpindah pada rumah sakit yang memiliki mutu yang baik, Kasus klaim tertunda jika tidak segera ditangani akan berakibat fatal.

Peneliti tertarik untuk mengkaji lebih lanjut mengenai faktor penyebab terjadinya *pending claim* BPJS Kesehatan di era VEDIKA rumah sakit menggunakan metode *traditional review*. Penelitian ini merupakan *literature review* yaitu *Narrative Review* yang merupakan jenis literature review yang memberikan gambaran umum tentang suatu topik tertentu dan bermanfaat untuk memahami konsep baru (Siswanto, 2010).

## 1.2 Identifikasi Penyebab Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Penyebab Masalah

Identifikasi Penyebab masalah pada gambar 1.1 identifikasi penyebab masalah dengan menggunakan teori manajemen dengan menggunakan beberapa faktor yaitu *man*, *matherial*, *machine* dan *metode* yang diambil dari studi pendahuluan terdahulu pada tabel 1.1 kasus pada jurnal pending klaim tersebut dengan kemungkinan faktor yang menjadi penyebab terjadinya *pending claim* Diera vedika yang terjadi di Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Faktor kemungkinan *man* yaitu petugas coder rekam medis menimbulkan masalah *pending claim*.
2. Faktor kemungkinan *matherial* yaitu berkas klaim belum memenuhi persyaratan klaim BPJS
3. Faktor kemungkinan *methode* yaitu SOP mengenai pengklaiman BPJS.

### **1.3 Batasan Masalah**

Dari kajian masalah yang ada, maka dalam penelitian ini sengaja dibatasi dan difokuskan pada unsur *Man* : Petugas coder dan *Matherial* : Berkas klaim yang mengalami pending klaim

### **1.4 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis merumuskan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah Faktor-Faktor Penyebab *Pending claim* Diera VEDIKA pada Rumah Sakit?”

### **1.5 Tujuan Penelitian**

#### **1.5.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi faktor penyebab *pending claim* yang terjadi pada rumah sakit.

#### **1.5.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisis faktor penyebab terjadinya *pending claim* pada faktor *man*.
2. Menganalisis faktor penyebab terjadinya *pending claim* pada faktor *matherial*.

### **1.6 Manfaat**

#### **1.6.1 Bagi Peneliti**

1. Sebagai acuan untuk diterapkan pada masa peneliti sudah bekerja sebagai perekam medis
2. Dapat menambah pengalaman, wawasan serta pengetahuan dalam ilmu rekam medis dan informasi kesehatan

### **1.6.2 Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi petugas rekam medis untuk meningkatkan kualitas pelayanan khusus pada bagian casemix.

### **1.6.3 Bagi STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo**

Sebagai bahan penelitian, referensi atau bahan pertimbangan bagi mahasiswa STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo.