

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sesuai dengan falsafah dasar Negara Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hal ini juga termaktub dalam pasal 28H dan Pasal 34 Undang – Undang Dasar 1945. Dalam Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 134 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, kemudian terbitnya Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial,

pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Menurut (Thabrany, 2014) perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia berjalan sangat lamban dibandingkan dengan perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia tidak cukup tersedia. Secara teoritis beberapa faktor penting dapat dikemukakan sebagai penyebab lambatnya pertumbuhan asuransi kesehatan di Indonesia, diantaranya *demand* dan pendapatan penduduk yang rendah, kurangnya kemauan pemerintah, budaya berasuransi yang belum baik, dan buruknya kualitas pelayanan kesehatan serta tidak adanya kepastian hukum di Indonesia.

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi *World Health Assembly* (WHA) ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan JKN. Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang terdiri dari puskesmas, praktik dokter, klinik pratama, dan rumah sakit kelas D Pratama serta fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) berupa klinik utama, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus.

Pelaksanaan program JKN di rumah sakit membuat rumah sakit hanya melakukan pelayanan kesehatan perseorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik (PMK No. 59 Tahun 2014). Hal ini menunjukkan bahwa diperlukan

pengelolaan khusus untuk pelaksanaan program JKN di rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Noviatri & Sugeng, 2017) mengenai analisis faktor penyebab keterlambatan penyerahan klaim BPJS di RS Panti Nugroho ditemukan berasal dari faktor *man* adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor *machine* adalah server dari BPJS sering *down* dan *bridging system* yang masih terbatas. Serta faktor *method* adalah pengimplementasian SOP yang belum lancar.

Penelitian lain yang dilakukan oleh (Karunia, 2017) terkait tinjauan penyebab pengembalian berkas persyaratan klaim rawat inap oleh verifikator BPJS ke unit klaim di RSUD Tugurejo Semarang menemukan permasalahan penyebab berkas klaim dikembalikan adalah 45,4% karena ketidaksesuaian resume, 40,9% karena ketidaksesuaian kode penyakit, dan 4,5% karena ketidaklengkapan laporan operasi dan 9,09% karena ketidaklengkapan hasil pemeriksaan penunjang. Hal ini menunjukkan bahwa terjadinya pengembalian berkas klaim dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit, khususnya untuk rumah sakit milik pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan dapat mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang akan dibayarkan (Nuswantoro, Ernawati, & Kresnowati, 2013)

Penelitian yang dilakukan oleh (Artanto, 2016) dijelaskannya bahwa klaim disetorkan sesuai bulan kejadian. Misal kejadian bulan Juni maka seluruh klaim pasien bulan Juni harus disetorkan ke BPJS Kesehatan lengkap atau tidak lengkap. Jika tidak lengkap maka berkas klaim akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi dan dimasukkan dalam klaim pending atau tagihan tertunda. Klaim

diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 pada bulan berjalan yang kemudian akan di verifikasi oleh tim verifikator BPJS Kesehatan dalam bentuk *softcopy* dan *hardcopy*. Jika klaim dianggap lengkap, layak dan sesuai antara diagnosa dan koding INA CBGs dan terdapatnya prosedur dan terapi serta tanda tangan DPJP maka klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja (panduan praktis administrasi klaim faskes BPJS Kesehatan).

Menurut (BPJS Kesehatan, 2014) Klaim yang tidak lengkap dan dianggap tidak layak diserahkan kembali ke rumah sakit melalui unit penjaminan untuk dikoreksi dan direvisi oleh unit penjamin. Dari hasil koreksi dan revisi dilakukan oleh unit penjamin misal meminta tanda tangan DPJP, penyesuaian koding INA CBGs, telusur prosedur dan terapi kepada DPJP atau melihat rekam medis pasien yang bersangkutan. Klaim yang sudah direvisi akan disertakan pada klaim baru yang diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 bulan berjalan.

Pelayanan kesehatan dengan mutu yang baik dan biaya terjangkau menjadi harapan bagi seluruh masyarakat. Untuk itu, rumah sakit yang merupakan pemberi pelayanan kesehatan yang utama pun dituntut melakukan pengendalian biaya dan pengendalian mutu. Faktanya, dalam pelaksanaan JKN oleh BPJS Kesehatan, sebagian besar rumah sakit yang telah menjadi provider BPJS Kesehatan mengaku mengalami surplus dengan pembiayaan bertarif INA-CBGs, baik rumah sakit di Jakarta maupun di daerah. Salah satunya adalah Rumah Sakit Islam (RSI) Jemursari di Surabaya, Jawa Timur.

Rumah sakit yang berada di bawah naungan Yayasan RSI Surabaya, melaporkan, dampak positif dari revisi klaim ini ketika mengaplikasi tarif INA-

CBGs seluruh biaya justru mudah dikontrol. Pentarifan INA-CBGs bisa memberi keuntungan yang adil dan merata bagi pasien, tenaga medis, dan juga rumah sakit. Cara yang dilakukan rumah sakit ini adalah dengan melakukan efisiensi tindakan medis, namun tidak mengurangi kualitas pelayanan yang diberikan. Dengan begitu, biaya yang dikeluarkan bisa lebih terkontrol. Harapannya lagi, pelayanan kesehatan pada masyarakat akan semakin komprehensif dan bermutu. Dan fasilitas kesehatan juga bisa mengembangkan fasilitas-fasilitas dengan keuntungan yang diperoleh.

Dampak negatif dari revisi berkas klaim menurut (BPJS Kesehatan, 2014) ialah pihak rumah sakit harus lebih bijak mengelola keuangan dengan pola INA-CBG, karena bisa jadi tarif terlihat kecil karena ada beberapa tindakan yang tidak cost efektif atau masih adanya tindakan yang tidak perlu dilakukan pada pasien mengambil porsi biaya yang cukup besar dari paket tersebut. Menurut penelitian (Artanto, 2016) salah satu penyebab revisi berkas klaim adalah ketidakadaan tanda tangan DPJP pada lembar *resume medis*, padahal secara hukum tanda tangan *resume medis* adalah salah satu keabsahan dari *resume medis*. Ketidakadaan tanda tangan *resume medis* membuat klaim BPJS Kesehatan tidak bisa di *grouping* oleh unit penjaminan sehingga terjadi penundaan (pending) klaim BPJS Kesehatan. Penundaan ini menyebabkan pembayaran klaim menjadi menurun dan cash flow rumah sakit menjadi menurun dikarenakan hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS Kesehatan.

Setelah peneliti membaca media internal resmi BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2015), sejak beroperasi 1 Januari 2014 sampai sekarang BPJS

Kesehatan mengalami banyak tantangan dalam melaksanakan program jaminan kesehatan nasional (JKN) salah satunya mencegah terjadinya tindak kecurangan (*fraud*). Untuk FKRTL bentuk – bentuk kecurangan yang rawan dilakukan yakni penulisan kode diagnosis yang berlebihan (*upcoding*), penjiplakan klaim dari pasien lain (*cloning*), klaim palsu (*phantom billing*), penggelembungan tagihan obat dan alkes (*inflated bills*), pemecahan episode pelayanan (*services unbundling or fragmentation*), rujukan semu (*selfs referrals*), tegihan berulang (*repeat billing*), memperpanjang lama perawatan (*prolonged length of stay*), memanipulasi kelas perawatan (*type of room charge*), membatalkan tindakan yang wajib dilakukan (*cancelled services*), melakukan tindakan yang tidak perlu (*no medical value*), penyimpangan terhadap standar pelayanan (*standard of care*), melakukan tindakan pengobatan yang tidak perlu (*unnecessary treatment*), menambah panjang waktu penggunaan ventilator, tidak melakukan visitasi yang seharusnya, tidak melakukan prosedur yang seharusnya, admisi yang berulang, melakukan rujukan pasien yang tidak sesuai dengan tujuan untuk memperoleh keuntungan tertentu, dan meminta *cost sharing* tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.

Pemaparan (PERSI, 2016) menyebutkan bahwa aliran kas beberapa rumah sakit terganggu akibat adanya permasalahan dalam pembayaran klaim. Penelitian yang dilakukan oleh (Artanto, 2016) tentang faktor – faktor penyebab klaim tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo periode Januari – Maret 2016 berdasarkan dari data dan observasi yang dilakukan maka didapatkan

ketidaksesuaian koding dan diagnosa dari rumah sakit dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan.

Penyamaan persepsi tentang diagnosa antara DPJP, koder rumah sakit dan verifikator harus ditingkatkan untuk semakin meminimalisir ketidaksesuaian koding. Penelitiannya ini juga menemukan ketidaksesuaian diagnosa dan terapi sebesar 4,3%. Hal ini diakibatkan standart penilaian diagnosa dan komplikasi penyakit menurut BPJS Kesehatan harus diterapi sesuai keadaan sedangkan bagi DPJD tidak semua penyakit dan komplikasinya harus diberikan terapi yang agresif dan intervesif tetapi diagnosa tetaplah ditulis sebagai bahan acuan pertimbangan penanganan medis dimasa datang.

Temuan terbesar pada penelitian ini adalah ketiadaan tanda tangan DPJP sebesar 90%. Ini timbul karena proses resume medis elektronik yang diberlakukan belum sepenuhnya berfungsi online yang menyebabkan proses pemasukan data ke sistem resume medis elektronik harus diketik satu persatu terkecuali permintaan koding dan data pasien.

Penelitian klaim lainnya dilakukan oleh (L.Nia, Lisnawaty, & Akifah, 2017) tentang proses pengelolaan klaim pasien BPJS unit rawat inap rumah sakit Dr. R Ismoyo Kota Kendari Tahun 2016 bahwa rumah sakit mengentry data berkas klaim ke software INA – CBGs dalam bulanan. Setelah selesai melakukan *entry* berkas klaim ke BPJS untuk verifikasi jika ada berkas klaim ke BPJS untuk verifikasi jika ada berkas klaim ke BPJS untuk verifikasi jika ada berkas atau coding INA – CBGs yang tidak sesuai maka pihak verifikator BPJS menyerahkan berkas ke rumah sakit untuk dilengkapi. Sistem INA – CBGs memang telah

diterapkan di FKRTL sejak pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2010 (PMK No. 27 Tahun 2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Megawati & Pratiwi, 2017) terkait faktor – faktor penyebab pengembalian berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta bahwa hasil analisis kelengkapan terdapat beberapa berkas syarat yang tidak lengkap yaitu laporan individual pasien dengan persentase ketidaklengkapan 84%. Laporan penunjang dengan persentase ketidaklengkapan 18% dan fotocopy kartu BPJS dengan persentase 7% ketidaklengkapan.

Rumah Sakit Islam Surabaya dipilih sebagai tempat penelitian karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit milik yayasan yang bertipe B non pendidikan dan menjadi rumah sakit rujukan kedua di Kota Surabaya. Sebagai fasilitas kesehatan tipe B non pendidikan, untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Islam Surabaya bekerjasama dengan Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS). Dalam hubungan kerjasama ini, di Rumah Sakit Islam Surabaya masih ditemukan masalah pada saat pengajuan klaim yaitu berkas klaim rawat inap yang direvisi.

Berdasarkan hasil wawancara awal dengan Kepala Unit BPJS dan Verifikasi di Rumah Sakit Islam Surabaya dan telaah dokumen di Unit PMKP ditemukan bahwa dalam pelaksanaan berkas klaim rawat inap yang direvisi seharusnya mencapai standar $\leq 5\%$. Oleh karena itu, peneliti ini akan difokuskan pada permasalahan berkas klaim rawat inap yang direvisi. Berikut data capaian indikator unit BPJS di Rumah Sakit Islam Surabaya.

Tabel 1. 1 Capaian Indikator Unit BPJS Tahun 2018

Indikator	Standar	Bulan			Ket
		Januari			
		N	D	HS	
Berkas klaim rawat inap yang direvisi	≤ 5%	765	22	2,88%	Tercapai
		Februari			Tidak Tercapai
		671	44	6,56%	
		Maret			Tercapai
		753	14	1,9%	
		April			Tercapai
		912	16	1,75%	
		Mei			Tercapai
		943	16	1,75%	
		Juni			Tercapai
		8	760	1,05%	
		Juli			Tercapai
984	0	0,00%			
Agustus			Tercapai		
985	29	2,94%			
September			Tercapai		
1089	44	4,04%			
Oktober			Tidak Tercapai		
1129	58	5,14%			
November			Tidak Tercapai		
1095	57	5,2%			
Desember			Tidak Tercapai		
1103	99	9,0%			

Sumber : Unit BPJS dan Verifikasi

Keterangan:

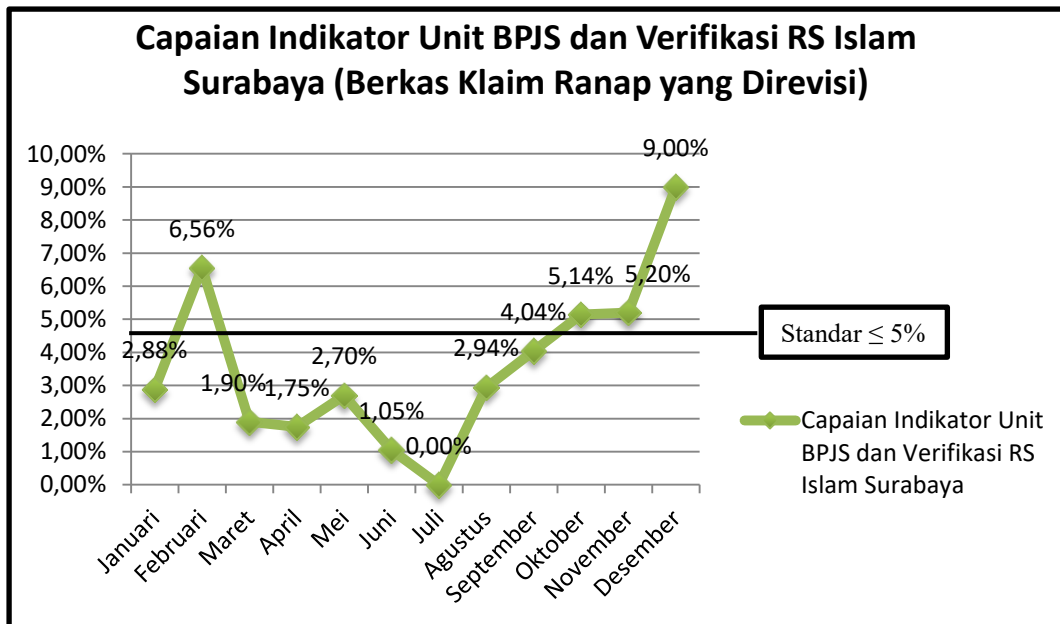
N = Jumlah seluruh berkas klaim rawat inap dalam 1 bulan

D = Jumlah berkas klaim rawat inap yang direvisi dalam 1 bulan

HS = Hasil pembagian dari rumus $\frac{D}{N}$

Apabila tabel indikator berkas klaim rawat inap yang direvisi dibuat menjadi *line chart* untuk memudahkan membaca capaiannya maka dibuatlah seperti gambar berikut:

Gambar 1. 1 Grafik capaian indikator di Unit BPJS dan Verifikasi



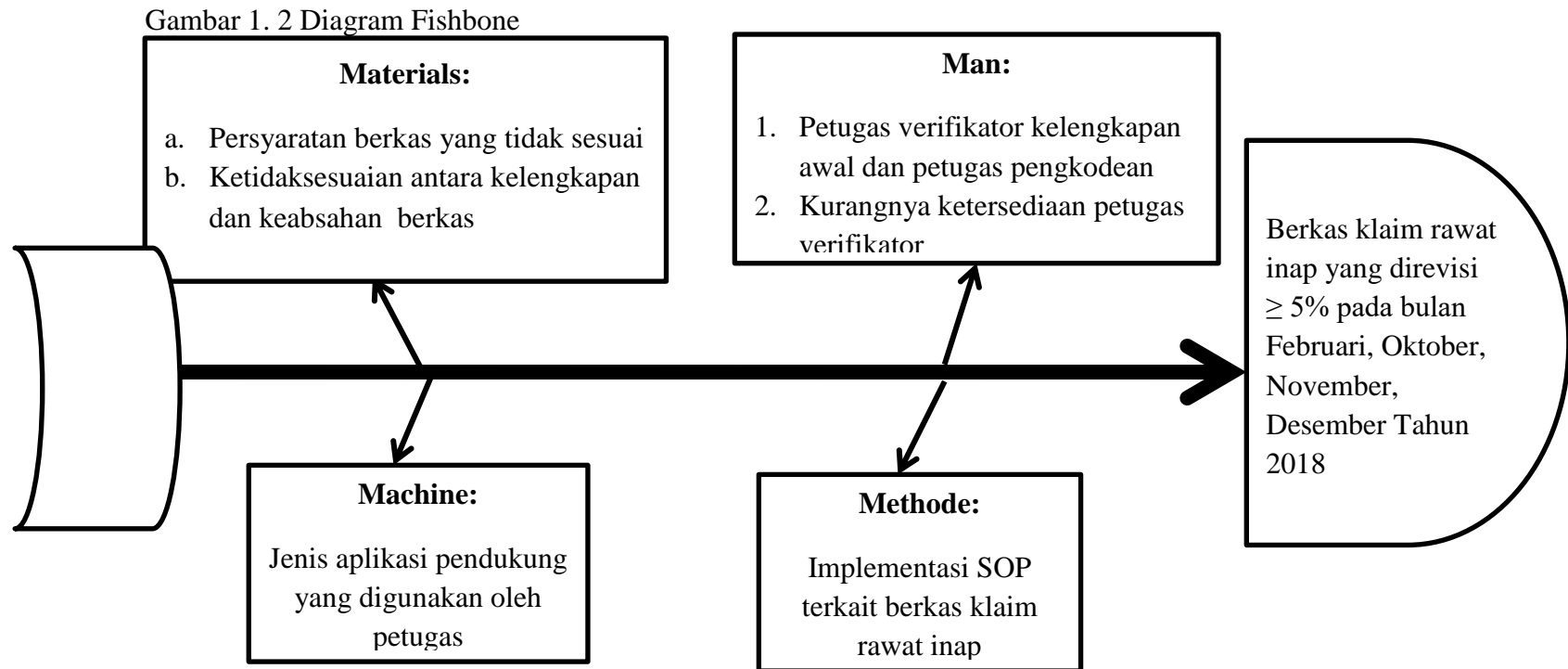
Standar yang ditetapkan oleh pihak Rumah Sakit Islam Surabaya adalah ≤ 5% pada tahun 2018 yang diberlakukan untuk capaian setiap bulannya. Berdasarkan pemaparan sebelumnya dapat disimpulkan bahwa terjadinya pengembalian berkas klaim BPJS salah satunya diakibatkan oleh ketidaklengkapan berkas. Dampak dari terjadinya berkas klaim rawat inap yang direvisi ini adalah berkas klaim tersebut akan di *pending* dan diikutsertakan pada proses klaim di bulan selanjutnya dan masalah ini dikhawatirkan akan berpengaruh terhadap kegiatan pembiayaan dan pelayanan karena tidak stabilnya pemasukan di Rumah Sakit Islam Surabaya. Hal ini juga bisa berpengaruh pada menurunnya jumlah hasil pendapatan yang diperoleh oleh Rumah Sakit Islam Surabaya pada bulan tersebut. Sebaiknya apabila rumah sakit dapat meminimalisasi persentase capaian indikator berkas klaim yang direvisi di rawat

inap ini maka akan semakin cepat pula penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

Selain itu, faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan berkas dapat dilihat dari proses administrasi dan kategori – kategori lain yang ada.

1.2 Identifikasi Masalah

Banyak faktor yang menyebabkan berkas klaim rawat inap yang direvisi pada tahun 2018, sehingga angka pencapaian berkas klaim rawat inap yang direvisi belum mencapai standar yaitu $\leq 5\%$. Peneliti menggambarkan identifikasi masalah melalui wawancara awal dengan Kepala Unit BPJS dan Verifikasi di Rumah Sakit Islam Surabaya dan diperoleh dari membaca jurnal penelitian (Noviatri & Sugeng, 2017). Hal ini bisa dilihat pada gambar fishbone 1.1 sebagai berikut :



Berdasarkan identifikasi masalah yang telah ditentukan oleh peneliti akan dijelaskan dan dirinci dari masing – masing faktor penyebab tersebut yaitu sebagai berikut :

a. Man.

Penyebab keterlambatan yang berasal dari faktor *man* adalah petugas verifikator kelengkapan awal dan petugas pengodean serta kurangnya ketersediaan jumlah petugas verifikator, baik itu petugas verifikator kelengkapan awal dan petugas pengodean. SDM merupakan faktor input dalam kinerja rumah sakit. Keterampilan dan pemahaman yang baik akan memberikan hasil kinerja yang baik juga bagi rumah sakit. khususnya untuk pengelolaan klaim, jika SDM yang tersedia berpengalaman dan memahami klaim dengan baik maka kesalahan dalam verifikasi klaim dapat dihindari.

b. Machine.

Penyebab keterlambatan yang berasal dari faktor *machine* adalah *software* yang dimaksud oleh peneliti ialah jenis aplikasi pendukung yang digunakan oleh petugas terkait dengan pengelolaan klaim BPJS di Rumah Sakit Islam Surabaya. Proses verifikasi berkas klaim dimulai dari pengumpulan berkas klaim pada saat pasien mendaftar sampai dengan pengajuan berkas klaim ke petugas verifikator BPJS. Pada tahap awal, petugas verifikasi akan memeriksa kelengkapan berkas yang dibawa oleh pasien apabila berkas yang dibawa oleh pasien sudah lengkap, maka petugas BPJS akan membuat Surat Eligibilitas Peserta (SEP).

c. Methode.

Penyebab keterlambatan yang berasal dari faktor *method* adalah pengimplementasian SOP yang terdiri dari penanggung jawab BPJS, koder, dan pihak manajemen untuk melakukan sosialisasi dan evaluasi terkait peraturan dari pihak BPJS

d. Materials.

Penyebab keterlambatan yang berasal dari faktor *materials* adalah pada tahapan administrasi klaim yaitu:

- a) Verifikasi Administrasi Kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA – CBGs.
- b) Verifikasi Administrasi Pelayanan adalah mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan. Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah faktor – faktor yang menyebabkan berkas klaim rawat inap yang direvisi di Rumah Sakit Islam Surabaya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis tentang faktor – faktor penyebab berkas klaim rawat inap yang direvisi di Rumah Sakit Islam Surabaya.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Menganalisis faktor *materials* pada proses pelayanan di TPPRI, proses pelayanan di kasir rawat inap, dan proses pemberian kode dan entry data dengan INA – CBG.
- 2) Menganalisis faktor *man* yaitu petugas pendaftaran pasien rawat inap (TPPRI), petugas kasir rawat inap, dan petugas pengkodean dan entry data INA – CBG.
- 3) Menganalisis faktor *machine* yaitu teknologi informasi terkait verifikasi berkas klaim.
- 4) Menganalisis faktor *method* yaitu implementasi SOP terkait verifikasi berkas klaim.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Mendapatkan pengalaman dalam menerapkan ilmu yang didapat selama di bangku perkuliahan. Serta menambah pengetahuan dan memberikan kontribusi pemikiran peneliti dalam melakukan sebuah penelitian terutama penelitian terkait terjadinya berkas klaim rawat inap yang direvisi.

1.5.2 Bagi Rumah Sakit Islam Surabaya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah informasi bagi rumah sakit terkait permasalahan yang terjadi pada berkas klaim rawat inap yang direvisi. Sehingga pihak Rumah Sakit Islam Surabaya dapat melakukan

upaya perbaikan sistem klaim BPJS Kesehatan agar dapat mencapai standar yang telah ditetapkan.

1.5.3 Bagi STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang administrasi rumah sakit serta dapat dijadikan referensi untuk penelitian lain dalam topik yang sama yaitu berkas klaim rawat inap yang direvisi.