

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Indonesia adalah negara yang berkembang dengan banyak program pemerintah yang berfokus untuk meningkatkan kesejahteraan dan kemakmuran warganya. Hal ini sejalan dengan alinea 4 Pembukaan UUD 1945, yang menyatakan bahwa tujuan utama pemerintah adalah memajukan kesejahteraan umum. (Efitra et al., 2023). Menurut nilai-nilai bangsa Indonesia, kesejahteraan dan kesehatan adalah Hak Asasi Manusia. Maka dari itu setiap manusia berhak mendapatkan jaminan kesehatan. Dalam rangka memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang terhormat, Indonesia saat ini telah membentuk program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 menyatakan bahwa JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), ini adalah program sosial wajib yang dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang bertujuan untuk menyediakan layanan kesehatan dasar bagi seluruh masyarakat Indonesia. (Putri et al., 2020). BPJS Kesehatan resmi menjalankan Program JKN mulai 1 Januari 2014. Seluruh peserta program JKN yang telah membayar iuran atau yang pembayarannya didanai oleh pemerintah berhak mendapatkan layanan kesehatan. (Malonda et al., 2015).

Implementasi pembayaran prospektif merupakan salah satu inisiatif yang diamanatkan kepada BPJS Kesehatan untuk dilaksanakan oleh semua pihak yang terlibat. (Rambey et al., 2021). Rumah sakit yang terlibat dalam program BPJS

Kesehatan ini menggunakan metode pembayaran *Indonesian Case Base Groups* (INA CBG) untuk membayar imbal jasa pelayanan. Dari segi administrasi atau persyaratan medis, pembayaran yang dilakukan melalui pengelompokan kode diagnosa dan kode tindakan sesuai dengan ketentuan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) 10 dan *International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification* (ICD 9 CM), serta entri data dan pengkodean ke dalam program INA CBGs untuk menetapkan tarif layanan berdasarkan fitur klinis yang serupa dengan penggunaan sumber daya yang serupa, yang kemudian dikategorikan berdasarkan tingkat keparahannya. (Nurdiah & Iman, 2016).

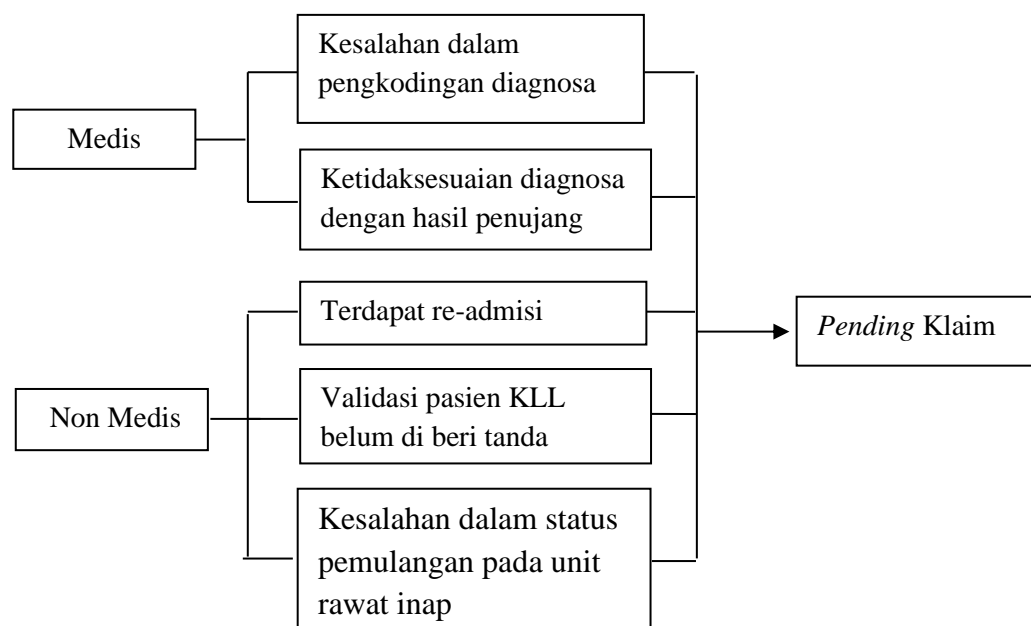
Adapun persyaratan non medis untuk mendukung diterimanya sebuah klaim yaitu terkait verifikasi yang digunakan oleh sistem rumah sakit yang menggunakan *software* seperti purifikasi terkait data klaim, kemudian petugas pelayanan melakukan verifikasi lanjutan untuk menverifikasi *double* klaim untuk 2 atau lebih pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) ditahap ini berfungsi untuk melihat pasien yang dirawat inap kembali atau mereka yang hanya dipulangkan secara administratif dan yang terakhir dilakukan finalisasi klaim artinya mengecek ulang seluruh dokumen klaim bahwa sudah dokumen tersebut sudah sesuai prosedur pengajuan klaim. (Lewiani et al., 2020).

Berdasarkan observasi yang dilakukan penulis pada survey awal karya tulis ilmiah yang dilaksanakan di Rumah TNI AU Soemitro Surabaya, didapati status verifikasi data klaim bulan September 2023 yang *pending* di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya untuk kasus rawat inap ada 9 kasus berikut diantaranya terdapat

1 kasus re-admisi, 4 kasus konfirmasi kesesuaian diagnosa dengan hasil penunjang, 1 kasus validasi pasien pasien (Kecelakaan Lalu Lintas) KLL yang belum diberi tanda, 1 kasus kesalahan dalam status pemulangan pada unit rawat inap dan 2 kasus kesalahan *coding*.

Berdasarkan latar belakang diatas, upaya perbaikan kualitas klaim BPJS Kesehatan baik persyaratan medis maupun non medis harus sesuai dengan peraturan yang berlaku supaya dapat meningkatkan mutu pelayanan, mempercepat pengusulan pengajuan, meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia sebagai verifikator, dan membuat komputerisasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) serta dapat mengurangi terjadinya *pending* klaim. Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik mengambil judul Upaya Perbaikan Kualitas Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya.

## 1.2 Identifikasi Penyebab Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Penyebab Masalah

Gambar 1.1 menjelaskan bahwa penyebab terjadinya *pending* klaim adalah tidak terpenuhinya persyaratan medis dan persyaratan non medis yang meliputi, persyaratan medis yaitu terdapat kesalahan *coding* diagnosa dan ketidaksesuaian doagnosa dengan hasil penunjang, sedangkan untuk persyaratan non medis yaitu terdapat kasus re-admisi, validasi pasien KLL yang belum diberi tanda oleh petugas pendaftaran dan kesalahan dalam status pemulangan pasien rawat inap.

### **1.3 Batasan Masalah**

Penelitian ini difokuskan untuk upaya petugas casemix BPJS Kesehatan dalam perbaikan *pendng* klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya.

### **1.4 Rumusan Masalah**

Bagaimana upaya perbaikan kualitas klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya?

### **1.5 Tujuan**

#### **1.5.1 Tujuan Umum**

Mendeskripsikan upaya perbaikan kualitas klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya

#### **1.5.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi penyebab non medis pada kasus *pending* klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya.
2. Mengidentifikasi penyebab medis pada kasus *pending* klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya.
3. Mengidentifikasi upaya perbaikan non medis pada kasus *pending* klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya.
4. Mengidentifikasi upaya perbaikan medis pada kasus *pending* klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya.

## **1.6 Manfaat**

### **1.6.1 Bagi Peneliti**

Manfaat dari penelitian ini antara lain dapat menjadi referensi untuk penelitian yang akan datang dan memberikan pengetahuan dan wawasan tambahan bagi para peneliti mengenai upaya peningkatan kualitas klaim BPJS Kesehatan.

### **1.6.2 Bagi Rumah Sakit**

Salah satu keuntungan dari penelitian ini adalah rumah sakit dan inisiatif untuk meningkatkan kualitas klaim BPJS Kesehatan dapat menggunakan data dan temuan ini sebagai dasar. dengan cara mengikuti prosedur yang telah disepakati bersama untuk meminimalisir adanya klaim tertunda atau *pending* klaim

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

Laporan ini dapat menambah wawasan penulis mengenai upaya perbaikan kualitas klaim BPJS Kesehatan sehingga mengurangi terjadinya *pending* klaim di rumah sakit.