

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Rumah sakit adalah instansi pelayanan kesehatan yang berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh untuk menunjang hal tersebut rumah sakit perlu memiliki rekam medis sebagai data administratif, rekam medis tersebut perlu memiliki data yang lengkap dan akurat guna menunjang proses pelayanan serta proses kelancaran pengklaiman BPJS. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 36 tahun 2015 klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada badan penyelenggaraan jaminan sosial. Klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan merupakan tagihan atau tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat dirumah sakit. Proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya verifikasi merupakan sebuah pemeriksaan terhadap laporan, pernyataan uang dan sebagainya.

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. Pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas yang terdiri dari administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan, serta verifikasi pelayanan kesehatan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, yaitu rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari surat eligibilitas peserta (SEP), resume medis/laporan status pasien/ keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, bukti pelayanan lainnya, misalnya; protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit manual atau *automatic billing* dan berkas pendukung lain yang diperlukan.

Salah satu formulir penting dalam rekam medis yaitu adanya resume medis yang terisi dengan lengkap, tepat dan akurat. Resume medis adalah ringkasan seluruh perawatan dan pengobatan pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, dan harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien (Sampurna & Hatta, 2008). Kelengkapan resume medis adalah cerminan mutu rekam medis dan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Hal yang akan penting dalam berkas rekam medis adalah ketersediaannya saat dibutuhkan dan kelengkapan pengisiannya. Kelengkapan berkas rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan, atau terapi kepada pasien dan juga sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengolahan data yang kemudian akan menjadi sebuah informasi yang berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah- langkah strategis untuk

pelayanan kesehatan (Sampurna & Hatta, 2008).

Untuk pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan di salah satu Rumah Sakit Swasta Surabaya Selatan menggunakan pengembalian internal artinya itu pengembalian berkas sudah dikirim dari pengumpul data ke BPJS/ verifikator tetapi dari pihak verifikator masih ada revisi lalu dikembalikan lagi ke pengumpul data untuk direvisi lagi dalam bentuk pending tetapi berkas yang sudah layak/sesuai akan dibayar. Dampak dari berkas yang dikembalikan yaitu berpengaruh pada biaya operasional rumah sakit, kalau biaya operasional terhambat maka pelayanan juga ikut terganggu. Ini berkaitan dengan pengklaiman berkas BPJS Kesehatan karena kalau pengklaiman berkas terlambat maka pembayaran semakin lama artinya pelayanan juga terganggu dan mengakibatkan biaya operasional rumah sakit terhambat. Oleh karena itu, pengembalian berkas klaim sebisa mungkin jangan ada berkas yang kembali karena akibatnya pihak BPJS kalau mengajukan lagi waktu dan pembayaran akan lama.

Posisi pending klaim terletak di klaim. Artinya, saat berkas yang di pengumpul data yang sudah di verifikasi, di entry, di purifikasi, sudah di klaim oleh verifikator BPJS pusat kemudian kalau semuanya sudah selesai kemudian keluar BAV (hasil verifikasi) yang layak klaim dan pending. Jadi di dalam BAV (hasil verifikasi) terdapat klaim yang layak dan klaim yang pending.

Dampak negatif dari revisi berkas klaim menurut (BPJS Kesehatan, 2014) ialah pihak rumah sakit harus lebih bijak mengelola keuangan dengan pola INA-CBG's, 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.

Maka dari itu kelengkapan berkas rawat inap sangat berpengaruh terhadap suatu proses pengklaiman yang dimana adalah suatu tugas pengaturan mengenai pengelolaan pengajuan dokumen klaim pada INA-CBG's dan pembayaran pelayanan kesehatan. INA-CBG's sendiri merupakan suatu aplikasi yang digunakan rumah sakit, untuk mengajukan klaim kepada pemerintah. Dan juga suatu instrumen untuk menghitung pembayaran kepada rumah sakit dengan sistem berdasarkan penyakit yang diderita pasien, arti dari *Case Base Group* (CBG) yaitu cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis dan kasus yang relatif sama. Maka dari itu kelengkapan berkas rekam medis menjadi salah satu faktor utama pendukung pengklaiman di rumah sakit. Namun pada kenyataannya kelengkapan berkas rekam medis masih banyak yang belum lengkap, salah satunya adalah pengisian kelengkapan *resume* dokter.

Berdasarkan data selama penelitian yang berlangsung pada periode waktu 1 Mei – 30 Juni Tahun 2024 di unit BPJS di salah satu rumah sakit swasta

Surabaya Selatan diketahui bahwa terdapat pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang mengalami pending klaim pada tahun 2024 ditemukan 1.478 jumlah klaim yang diajukan. Berikut data pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang mengalami pending klaim tahun 2024:

Tabel 1.1 Data Pengajuan Berkas Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan Tahun 2024

Bulan	Pengajuan Berkas Klaim	Biaya		
		Riil RS	Diajukan	Disetujui
Mei	1.478	7.872.338.500	7.872.338.500	7.866.077.222

Sumber : Data primer unit BPJS

Berdasarkan tabel diatas data pengajuan berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan di salah satu Rumah Sakit Swasta Surabaya Selatan pada bulan Mei tahun 2024 terdapat total pengajuan berkas klaim yaitu 1.478 berkas. Biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit sebanyak 7.872.338.500, sedangkan biaya yang diajukan ke verifikator BPJS sebanyak 7.872.338.500, dan biaya yang disetujui sebanyak 7.866.077.222.

Tabel 1.2 Data Pending Berkas Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan Tahun 2024

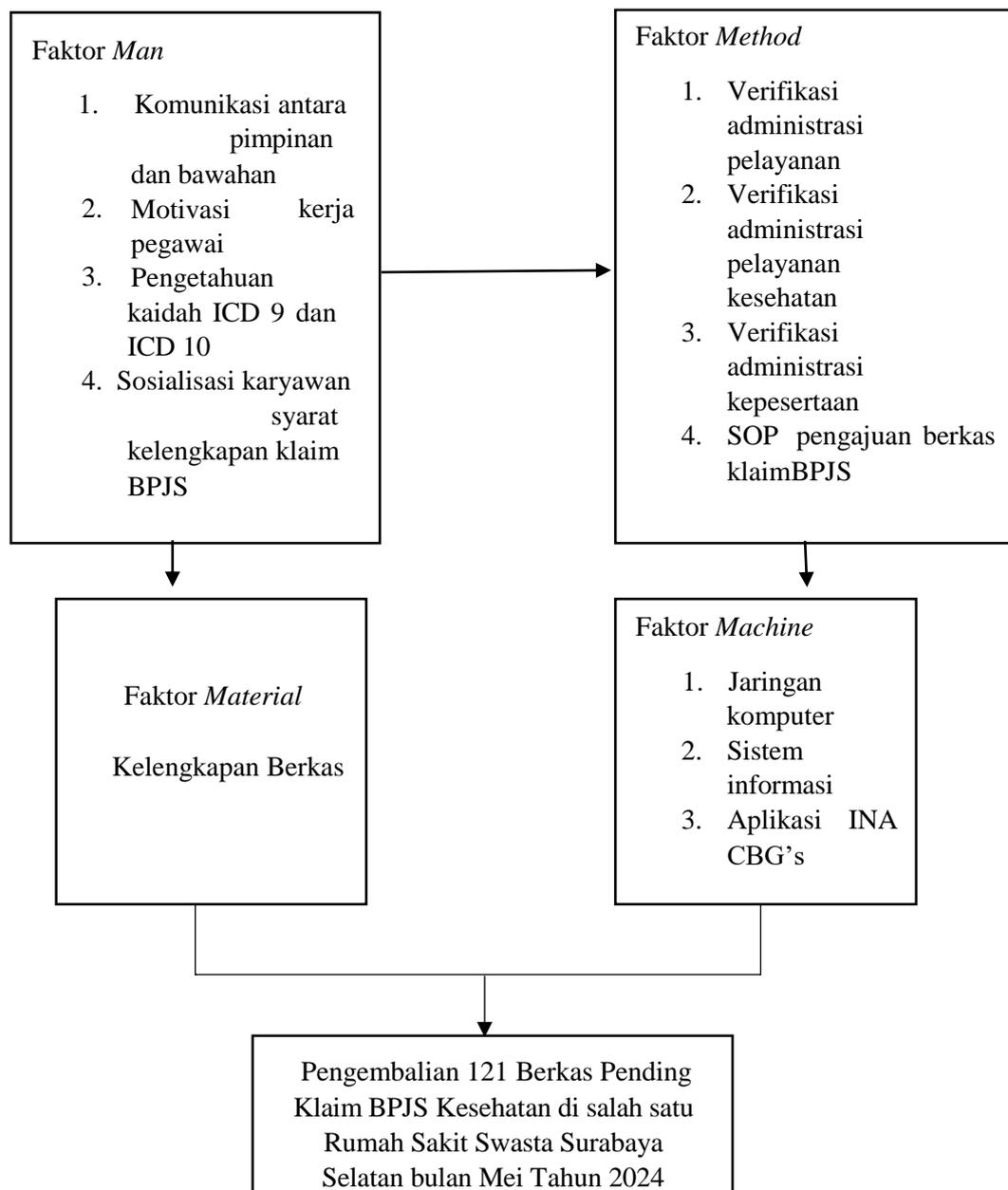
No	Jenis Pending	Total
1.	Kaidah Koding	88
2.	Standar Pelayanan	26
3.	Kelengkapan administrasi	7
<b>Total</b>		121

Sumber: Data Primer unit BPJS

Berdasarkan tabel diatas data pending berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan di salah satu Rumah Sakit Swasta Surabaya Selatan pada bulan Mei

tahun 2024 dengan total 121 berkas pending klaim rawat inap BPJS Kesehatan dikelompokkan menjadi 3 jenis pending yaitu kaidah koding, standar pelayanan, dan kelengkapan administrasi. Total dari kaidah koding yaitu 88, standar pelayanan yaitu 26, dan kelengkapan administrasi yaitu 7. Penyebab jenis pending yang paling banyak adalah kaidah koding dan standar pelayanan karena ketidaktepatan penulisan kode diagnosa dan kurangnya hasil penunjang dapat berdampak pada terhambatnya pendapatan rumah sakit.

## 1.2 Kajian Masalah



### Gambar 1.1 Kajian Masalah

Berdasarkan gambar diatas maka dapat dijelaskan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi penyebab pengembalian berkas yaitu diantaranya:

#### 1. Faktor *Man*

- a. Komunikasi antara atasan dan bawahan: Komunikasi antara atasan dan bawahan sangat penting karena melalui komunikasi kita dapat memberikan informasi yang diperlukan dan membangun hubungan yang lebih baik di tempat kerja.
- b. Motivasi kerja pegawai: Dengan motivasi yang baik maka para pegawai akan merasa senang dan bersemangat dalam bekerja sehingga akan meningkatkan produktivitas kerja.
- c. Sosialisasi karyawan syarat kelengkapan klaim BPJS: Proses interaksi dengan orang lain tentang cara bertindak, berpikir dalam menghasilkan partisipasi sosial yang efektif.
- d. Pengetahuan kaidah ICD 9 dan ICD 10: Memahami kaidah ICD 9 dan ICD 10 sangat penting karena kalau kode diagnosis salah/tidak tepat maka dapat menurunkan tingkat pembayaran untuk perawatan pasien.

#### 2. Faktor *Method*

- a. Verifikasi administrasi pelayanan: Faktor yang melihat kesesuaian berkas-berkas klaim yang dipersyaratkan. Kesesuaian berkas sangat penting karena kalau tidak sesuai akan berakibat pada terhambatnya proses pelayanan.

- b. Verifikasi administrasi pelayanan kesehatan: Faktor yang menilai keakuratan kode diagnosa dan prosedur berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan.
  - c. Verifikasi administrasi kepesertaan: Faktor yang meneliti kesesuaian berkas klaim antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan.
  - d. SOP pengajuan berkas klaim: SOP pengajuan berkas klaim sangat penting untuk mengatur alur proses pengajuan klaim secara benar dan tepat.
3. Faktor *Material*
- a. Kelengkapan berkas pasien: Kelengkapan berkas pasien sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan masalah kesehatan pasien.
4. Faktor *Machine*
- a. Jaringan komputer: jaringan komputer kadang tidak stabil akibatnya proses pelayanan terhambat.
  - b. Sistem Informasi: Sistem informasi BPJS digunakan untuk pemetaan fasilitas kesehatan yang dimiliki BPJS. Sistem informasi ini juga untuk mempermudah pelayanan bagi masyarakat.
  - c. Aplikasi INA CBG's: Terkadang aplikasi ini terdapat problem/error juga terkadang ada pembaharuan akibatnya proses pelayanan jadi terhambat.

### **1.3 Batasan Masalah**

Berdasarkan Teori Pendekatan Sistem yang pertama kali dicetuskan oleh Immanuel Wallerstein. Teori pendekatan sistem yaitu teori tentang proses-proses yang saling berinteraksi dan saling mempengaruhi dan menggambarkan kondisi sistem secara nyata (empiris).

### **1.4 Rumusan Masalah**

Faktor-faktor apa saja yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan di salah satu Rumah Sakit Swasta Surabaya Selatan ?

### **1.5 Tujuan Penelitian**

#### **1.5.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi faktor-faktor penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan di salah satu Rumah Sakit Swasta Surabaya Selatan.

#### **1.5.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi faktor administrasi kepesertaan berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan.
2. Mengidentifikasi faktor administrasi pelayanan berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan.
3. Mengidentifikasi faktor administrasi pelayanan kesehatan berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan.
4. Menganalisis faktor administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan pelayanan kesehatan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.

## **1.6 Manfaat Penelitian**

### **1.6.1 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 faktor penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan yang direvisi.

### **1.6.2 Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah informasi bagi rumah sakit terkait permasalahan yang terjadi pada pengembalian berkas klaim yang direvisi. Sehingga pihak Rumah Sakit Islam Surabaya dapat melakukan upaya perbaikan sistem Klaim BPJS Kesehatan agar dapat mencapai standar yang telah ditetapkan.

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

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 BPJS Kesehatan yang direvisi.