

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak dan investasi serta aset kesejahteraan badan, jiwa, sosial bagi setiap individu. Setiap orang menginginkan berada dalam kondisi kesehatan yang baik untuk kelangsungan hidupnya. Berbagai upaya kesehatan dilakukan untuk menghindarkan setiap orang dalam kondisi tidak sehat dan terjangkau berbagai penyakit. Rumah sakit menjadi salah satu pilihan masyarakat untuk memeriksa kesehatannya. Mengingat biaya yang terdapat di rumah sakit semakin tinggi berbagai upaya kesehatan dilakukan oleh masyarakat untuk mencegah dan mengobati suatu penyakit. Tidak heran jika saat ini, banyak masyarakat yang menginvestasikan uangnya untuk ikut serta dalam program asuransi kesehatan demi menjamin biaya pengobatannya.

Rumah sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Selain itu rumah sakit juga bertugas melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara tepat, cepat, tanggap dan terpadu dengan peningkatan serta pencegahan yang dilaksanakan dengan upaya rujukan.

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ini, sistem yang di jalankan adalah sistem rujukan berjenjang berdasarkan kompetensi, mulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang berupa dokter keluarga/Puskesmas ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yaitu Rumah Sakit tipe D, Rumah Sakit tipe C kemudian ke Rumah Sakit tipe B dan yang terakhir ke Rumah Sakit tipe A. Rumah sakit dalam menjalankan operasional pelayanan terhadap peserta BPJS Kesehatan perlu adanya sistem yang baik, yaitu menjaga mutu pelayanan dan manajemen keuangan. Oleh karena itu manajemen rumah sakit

perlu membangun pemahaman yang seragam antar manajemen rumah sakit beserta profesional medis dan seluruh staf rumah sakit mengenai konsep INA-CBG.

Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) adalah pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atau rumah sakit atas paket layanan yang didasarkan pada kelompok diagnosis penyakit. Tarif yang diberikan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan jenis pelayanan yaitu pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dan pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) yang terdiri dari kelas perawatan kelas III, kelas II, dan kelas I. Oleh karena itu, manajemen keuangan rumah sakit perlu mengendalikan biaya secara efisien tanpa mengurangi kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien BPJS Kesehatan dengan cara patuh terhadap *clinical pathway* dan standar operasional prosedur.

Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang berupaya secara konsisten meningkatkan *clinical pathway* agar menjalankan operasional pelayanan yang efektif dan efisien tanpa menguarangi kualitas pelayanan sesuai dengan INA-CBG. *Clinical pathway* adalah dokumen perencanaan pelayanan kesehatan terpadu yang merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai masuk rumah sakit sampai dengan keluar rumah sakit, berdasarkan standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan, dan standar pelayanan kesehatan lainnya yang berbasis bukti yang dapat diukur. Penerapan *clinical pathway* yang mengacu pada pembiayaan INA-CBG, dapat mengetahui kualitas pelayanan kesehatan. Apabila pelayanan kesehatan pada sebuah rumah sakit berkualitas baik, maka dengan sendirinya rumah sakit akan memperoleh laba, hal ini di kenakan pembayaran klaim BPJS di sesuaikan dengan pelayanan yang telah dilakukan oleh dokter penanggung jawab pasien, begitu pula sebaliknya.

Menjalankan operasional pelayanan pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang, terkadang para dokter tidak melakukan pengisian diagnosis atau tindakan pada rekam medis. Kondisi ini terjadi pada kasus rawat inap. Sehingga ketidaklengkapan berkas klaim BPJS

tersebut akan menghambat proses verifikasi data pasien BPJS kesehatan. Ketika proses verifikasi lama tentunya waktu pengajuan klaim akan mundur. Dampak dari keterlambatan pengajuan klaim BPJS akan mempengaruhi *cash flow* rumah sakit.

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan melalui syarat verifikasi administrasi seperti SEP (Surat Eligibilitas pasien), Nomor peseta sesuai kartu JKN, dan administrasi pelayanan lainnya. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan. Apabila berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan terjadinya pending klaim. Dokumen rekam medis merupakan salah satu dokumen yang sangat penting dalam menghasilkan informasi untuk mendukung proses klaim BPJS.

Kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab (Depkes, 2008). Berdasarkan Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim.

Selain itu perbedaan pendapat (*disput claim*) juga sering menjadi kendala selama pembayaran klaim, ketika berkas yang sudah di *entry* di *software INA-CBGs* dengan koding penyakit yang ada kemudian di verifikasi oleh BPJS. Bukti pelayanan lainnya juga sering tidak ada seperti hasil pemeriksaan penunjang medis, maupun bukti tindakan sebagai penunjang penegakan diagnosa yang tidak ada berkas bukti pendukung padahal dikatakan ada pemeriksaan penunjang hal ini yang sering menjadi pertimbangan oleh verifikator BPJS saat melakukan verifikasi berkas klaim sehingga di pending dan dikembalikan lagi untuk direvisi kembali.

Studi pendahuluan yang telah dilakukan di instalasi Casemix Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang dengan melakukan wawancara

terhadap Kepala Bidang Casemix, rumah sakit ini telah melayani kurang lebih 70% pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan sisanya adalah pasien umum. Bulan July sampai Desember tahun 2018 telah ditemukan 126 jumlah berkas klaim pending, sedangkan pada bulan Januari sampai Juni 2019 terdapat 182 jumlah berkas klaim pending BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang ada di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang. Maka penelitian ini sesuai dengan penelitian Irmawati dkk (2018) yaitu hasil kesesuaian ketentuan administrasi pelayanan penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh verifikator BPJS Kesehatan menunjukkan berkas yang tidak sesuai sebanyak 7 berkas (14%) meliputi Kesesuaian spesialisasi DPJP dengan diagnosis 2 berkas (4%), dan Koding penyakit bukan koding unbundling 5 berkas (10%).

Berdasarkan uraian diatas penulis beralasan untuk mengambil judul Gambaran Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang Tahun 2019.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas maka telah dirumuskan permasalahan sebagai berikut yaitu bagaimana Gambaran Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Malang Tahun 2019 ?

1.3 TUJUAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran penyebab klaim pending BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui jumlah klaim pending bulan Januari sampai bulan September tahun 2019.
- b. Mengetahui tren klaim pending bulan Januari sampai bulan September tahun 2019.
- c. Mengetahui faktor terbanyak penyebab klaim pending tahun 2019.
- d. Mengetahui klaim pending terbanyak pada bulan Januari sampai September 2019

1.4 MANFAAT

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Sebagai bahan evaluasi untuk pelaksanaan pengecekan berkas klaim.
- b. Sebagai bahan masukan untuk kelengkapan berkas sebelum berkas klaim di kirimkan kepada BPJS Kesehatan.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes Malang

- a. Sebagai bahan referensi untuk bahan ajar perkuliahan, terutama yang berkaitan dengan *ceklis* berkas untuk pengajuan klaim.
- b. Sebagai penilaian terhadap kinerja pendidikan dalam praktek di sarana pelayanan kesehatan.

3. Bagi Peneliti

- a. Mengaplikasikan ilmu yang didapat dibangku perkuliahan khususnya unit Casemix.
- b. Sebagai inspirasi penelitian pada bidang asuransi kesehatan khususnya unit casemix dalam sarana pelayanan kesehatan.