

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia dan merupakan bagian dari unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan oleh pemerintah. Berdasarkan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 Kesehatan merupakan keadaan sehat baik secara fisik, mental, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang utuh hidup menjadi produktif. Dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, pemerintah memiliki tanggung jawab untuk mengatur, merencanakan, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan kesehatan yang merata dan mudah dijangkau oleh masyarakat.

Melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pemerintah berupaya memberikan perlindungan jaminan sosial berupa jaminan kesehatan bagi masyarakat dengan membuat program Jaminana Kesehatan Nasional (JKN). Berdasarkan Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan, jaminan kesehatan merupakan jaminan yang memberikan perlindungan dengan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan setiap orang yang telah membayar iuran maupun yang iurannya diibayarkan oleh pemerintah. Program Jaminan Kesehatan Nasional mulai beroperasi pada tahun 2014 dan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Tujuan utama dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah untuk memudahkan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

Dalam mencapai kesehatan yang diharapkan seseorang memerlukan bantuan dari pihak Rumah Sakit sebagai institusi yang berwenang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat luas. Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan

pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes No. 72 Tahun 2016).

Rumah sakit yang berkerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kemudian, setelah memberikan pelayanan maka rumah sakit akan mendapatkan penggantian biaya oleh BPJS Kesehatan dengan menggunakan tarif INA CBGs. Tarif paket INA CBGs adalah sistem pembayaran sesuai dengan diagnosis dan tindakan yang rumah sakit berikan kepada pasien.

Setiap selesai memberikan pelayanan, rumah sakit harus mengajukan penggantian biaya melalui proses pengajuan klaim secara berkala. Namun, proses pengajuan klaim terbilang tidak mudah. Pasien harus melengkapi dokumen pendaftaran sebagai peserta BPJS Kesehatan untuk dapat dilakukan pemeriksaan oleh dokter, petugas rumah sakit akan melakukan assembling terhadap dokumen-dokumen yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim. Kemudian, akan dilakukan pengkodean menggunakan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakannya. Lalu, dengan menggunakan aplikasi INA CBGs petugas rumah sakit akan melakukan entri data pasien, kode diagnosis, dan kode tindakannya. Setelah dilakukan *grouping* maka, akan muncul besaran tarif INA CBGs yang akan dibayarkan BPJS Kesehatan kepada rumah sakit.

Di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan oleh rumah sakit harus melewati beberapa tahap. Mulai dari pasien mendaftar dan diterbitkannya SEP, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) melakukan pemeriksaan dan menuliskan hasil diagnosis dan tindakan di form casemix, petugas koding mengkode diagnosis dan tindakan di aplikasi SIMRS, petugas casemix memeriksa data pasien termasuk melakukan entri kode diagnosis dan tindakan pada aplikasi INA CBGs, kemudian dilakukan cetak klaim, dan mengabungkan dengan dokumen pendukung lainnya. Berkas yang sudah lengkap akan dilakukan pengecekan ulang sesuai klinis dan dilakukan cek

ulang kesesuaian kode diagnosis pasien oleh oleh Verifikator Internal (dokter). Setelah semua berkas dinyatakan sesuai, maka akan dilakukan pembuatan Surat Pengajuan Berkas Klaim, mendownload TXT, Ceklis klaim, dan Surat pencegah kecurangan. Setelah itu baru rumah sakit dapat mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan. Banyaknya data yang diolah dengan menggunakan prosedur klaim yang manual menyebabkan terjadinya keterlambatan pengajuan klaim dibulan-bulan tertentu. Keterlambatan pengajuan klaim dapat berakibat pada keterlambatan pencairan biaya penggantian oleh BPJS Kesehatan.

Selain itu, setiap bulannya setelah dilakukan pengajuan klaim, terdapat beberapa kasus klaim pending. Klaim pending merupakan klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit karena beberapa faktor. Menurut, Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 apabila ada ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan pada berkas klaim maka akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki. Berikut ini merupakan data pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang pada periode Januari – Agustus 2023:

Bulan	Jumlah Pengajuan Klaim		Jumlah Klaim Pending		Presentase Klaim Pending	
	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan
	<b>Januari</b>	1.026	12.703	104	880	10%
<b>Februari</b>	921	12.084	66	473	7%	4%
<b>Maret</b>	996	13.698	58	499	6%	4%
<b>April</b>	759	9.908	64	440	8%	4%
<b>Mei</b>	949	13.970	135	372	14%	3%
<b>Juni</b>	895	12.948	110	255	12%	2%
<b>Juli</b>	986	14.400	103	362	10%	2%

<b>Agustus</b>	1.107	15.710	129	487	12%	3%
	7.639	105.421	769	3.768	10%	4%

Tabel 1.1 Jumlah dan Presentase Klaim Pending

Pada penelitian yang dilakukan oleh Rahma dengan judul “Faktor-Faktor Penyebab Pending Berkas Klaim Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit:Narative Review” menjelaskan bahwa faktor teknologi menjadi salah satu penyebab terjadinya klaim pending. Sehingga menurut (Rahma, 2021), kemajuan teknologi informasi sangat mendukung proses suatu pekerjaan menjadi lebih praktis dan efisien.

Berdasarkan UU No. 19 Tahun 2016 Tentang Informasi dan Transaksi elektronik, teknologi informasi merupakan teknik untuk mengumpulkan, menyimpan, memproses, menyiapkan, menganalisis atau menyebarkan informasi. Perkembangan teknologi dan komunikasi sangat berpengaruh terhadap kemajuan suatu organisasi. Dengan banyaknya data dan informasi yang akan diolah tidak dapat dilakukan dengan menggunakan cara manual.

Agar mempermudah proses klaim dan untuk mengurangi terjadinya klaim pending akibat kesalahan selama proses klaim, Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang pada September 2023 mengembangkan teknologinya dengan mengeluarkan aplikasi yang bernama SIMEDIS UMM Hospital. Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital merupakan aplikasi SIMRS yang terintegrasi dengan E-Klaim INA CBGs. Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital sejak September 2023 telah digunakan dalam proses klaim pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

Namun, berdasarkan wawancara tidak terstruktur yang dilakukan kepada kepala Unit Casemix di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang masalah yang terjadi di lapangan yakni, karena aplikasi yang terbilang cukup baru sehingga, belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) secara tertulis tentang penggunaan aplikasi tersebut. Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan instruksi tertulis yang digunakan dalam kegiatan rutin atau aktivitas yang berulang kali uu

dilakukan (Hartatik, 2014). Fungsi dari Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah sebagai acuan atau pedoman sehingga, dapat memperlancar arus antara pegawai, unit kerja, dan pihak yang terkait dalam suatu usaha sebagai dasar hukum apabila terjadi penyimpangan (Irawati & Hardiastuti, 2016). Untuk mengoptimalkan prosedur dalam bekerja maka perlu disusun Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku. Oleh karena itu penulis tertarik untuk menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) penggunaan Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital dalam proses klaim pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan dalam penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Bagaimana implementasi Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital sebagai aplikasi yang digunakan dalam proses klaim pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang?
2. Bagaimana penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) penggunaan Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital dalam proses klaim pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Membuat Standar Operasional Prosedur (SOP) penggunaan Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital dalam proses klaim pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi perbedaan proses klaim pasien BPJS Kesehatan sebelumnya yakni secara manual dengan proses

klaim pasien BPJS Kesehatan menggunakan Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital.

2. Mengidentifikasi implementasi Aplikasi SIMEDIS UMM Hospital sebagai aplikasi yang digunakan dalam proses klaim pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Bagi Penulis**

Penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi dalam memberikan wawasan tambahan kepada penulis terkait cara pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan sekaligus menambah wawasan penulis terkait upaya yang dilakukan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien dengan meningkatkan kualitas kinerja proses klaim.

### **1.4.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi rumah sakit untuk terus mengembangkan teknologi informasi rumah sakit sehingga, dapat terus memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

### **1.4.3 Manfaat Bagi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

Penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi dalam hal pengembangan pengetahuan dan juga bahan referensi dalam perkuliahan terkait prosedur klaim pasien BPJS Kesehatan oleh rumah sakit sekaligus, upaya yang dilakukan rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.