

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelaksanaan administrasi di rumah sakit salah satunya dengan adanya asuransi kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pada tahun 2014 BPJS Kesehatan membentuk suatu program yaitu Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa setiap orang memiliki hak untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak berdasarkan atas jaminan sosial guna meningkatkan martabatnya menuju mencapai kesejahteraan yang adil dan makmur. Negara melakukan pengembangan terhadap SJSN agar dapat memberikan jaminan sosial yang menyeluruh. Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), bahwa tujuan dari adanya BPJS kesehatan adalah untuk mewujudkan terpenuhinya pemberian jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya.

Klaim BPJS adalah suatu proses pengajuan pengganti tagihan atau biaya atas pelayanan kesehatan yang telah diterima oleh pasien peserta BPJS yang diajukan oleh rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan. Kegiatan klaim ini dilaksanakan secara kolektif dan dikirim setiap bulan kepada pihak BPJS Kesehatan. Rumah sakit wajib memenuhi persyaratan untuk pengajuan klaim dengan cara menyerahkan dokumen agar dapat mendapatkan penggantian biaya (Sukawan, Rahmawati, Fauziah, & Muhammad, 2022). Dokumen yang dipakai guna syarat pengajuan klaim harus lengkap karena sangat penting guna menunjang kelancaran proses klaim. Klaim yang diajukan oleh rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan memiliki persyaratan salah satunya adanya resume medis sebagai berkas pengajuan. Diakhir perawatan pasien peserta bpjs akan diterbitkan resume medis. Resume medis yang diajukan wajib memiliki kelengkapan sebagai berkas klaim agar mutu rekam medis terjaga karena hal

tersebut merupakan persyaratan dalam kegiatan administrasi kesehatan dalam hal ini adalah proses klaim asuransi BPJS Kesehatan yang dilaksanakan oleh petugas klaim. Resume medis dapat diberikan ketika pasien sudah dalam akhir perawatan baik hidup sembuh atau meninggal. BPJS Kesehatan akan melakukan pengembalian resume medis tersebut jika tidak lengkap. Akibat dari resume medis yang dikembalikan adalah terjadinya penundaan klaim yang menyebabkan pelayanan kesehatan yang telah diberikan rumah sakit tidak dibayarkan atau mengalami keterlambatan pembayaran sehingga mengakibatkan terganggunya arus keuangan rumah sakit bahkan menurunnya pemasukan rumah sakit. Resume medis yang digunakan untuk berkas mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan harus merujuk pada ICD-29 dan ICD-9 CM untuk menghindari kejadian terlambatnya klaim BPJS Kesehatan karena adanya kesalahan dalam kaidah koding.

Dampak keterlambatan klaim BPJS Kesehatan terhadap rumah sakit yaitu dapat mengakibatkan menurunnya jumlah pembayaran klaim sehingga arus kas rumah sakit tidak sesuai dengan target seharusnya karena terganggu akibat keterlambatan pembayaran biaya penggantian perawatan pasien peserta BPJS dikarenakan sebagian besar pasien rumah sakit adalah peserta BPJS Kesehatan. Arus kas rumah sakit dapat mengalami *trouble* (terganggu) karena adanya masalah dalam pembiayaan. Proses klaim yang bermasalah dapat berpengaruh terhadap kegiatan operasional rumah sakit seperti, data yang diperlukan tidak tercukupi (Santiasih, Simanjorang, & Satria, 2021). Rumah sakit terutama petugas klaim di unit *casemix* harus dengan seksama memperhatikan mengenai pengelolaan klaim BPJS. Pasien di rumah sakit pemerintah umumnya merupakan peserta BPJS Kesehatan, maka proses klaim di rumah sakit pemerintah harus dilakukan dengan benar sehingga arus kas rumah sakit berjalan dengan baik.

Petugas klaim di unit *casemix* dalam pengklaiman BPJS bertanggung jawab untuk memasukan kode dan input perawatan yang telah didapatkan pasien, memverifikasi, mencatat kode pasien, serta melakukan komunikasi yang efektif agar ketika melakukan penginputan klaim pasien tidak terjadi

kesalahan yang dapat merugikan rumah sakit maupun BPJS dan memperlambat proses klaim BPJS. Terlambatnya proses klaim BPJS bisa mengakibatkan risiko pembayaran klaim menjadi menurun karena sebagian besar pasien rumah sakit adalah pasien BPJS Kesehatan.

Pelaksanaan pengajuan klaim memerlukan sebuah unit tersendiri yaitu unit *casemix* yang terdiri dari beberapa petugas klaim sebagai pelaksana klaim BPJS yang berperan dalam pengecekan kelengkapan dokumen pasien BPJS yang digunakan sebagai berkas klaim, melakukan koding penyakit dan tindakan mengacu pada ICD-10 dan ICD-9-CM, klarifikasi dengan dokter jika terdapat kesalahan, melakukan entri data, *coding/grouping* menggunakan INA-CBG. Kompetensi yang harus dikuasai petugas klaim mengenai proses klaim adalah dapat melakukan koding penyakit menggunakan ICD-10, dan kode tindakan menggunakan ICD-9-CM, anatomi, terminologi medis, komunikasi dan bahasa inggris (Putri & Nugroho, 2022).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Singaparna Medika Citrautama permasalahan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Singaparna Medika Citrautama tidak begitu sering terjadi, meskipun begitu kasus tersebut tetap ada walau tidak banyak. Namun, dikarenakan sebagian besar pasien di RSUD Singaparna Medika Citrautama merupakan peserta BPJS Kesehatan maka hal tersebut menjadi justifikasi dilakukannya penelitian ini. Hal tersebut menjadikan pelaksanaan klaim BPJS ini sangat penting dan harus dilaksanakan dengan baik. Keterlambatan klaim sendiri merupakan permasalahan yang terjadi karena adanya penundaan klaim karena adanya berkas klaim asuransi BPJS Kesehatan yang diajukan namun terjadi pengembalian oleh pihak BPJS Kesehatan kepada pihak rumah sakit.

Penyebab keterlambatan klaim ini salah satunya disebabkan oleh persyaratan yang tidak lengkap seperti, resume medis yang digunakan masih belum lengkap, adanya kesalahan penginputan data pasien seperti kode koding diagnosis ataupun tindakan yang tidak sesuai dengan resume medis atau tidak sesuai dengan kaidah koding dalam INA CBG's, sehingga pihak verifikator BPJS Kesehatan melakukan pengembalian berkas klaim kepada pihak rumah

sakit untuk melakukan pengecekan kembali terkait kelengkapan pengisian dokumen sebagai persyaratan klaim tersebut sehingga menyebabkan keterlambatan pada klaim BPJS tersebut. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan identifikasi terkait upaya petugas klaim di unit *casemix* RSUD Singaparna Medika Citrautama berdasarkan standar kompetensi yang harus dimiliki dan berdasarkan alur serta proses pengklaiman. Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk mengambil judul "Upaya Pencegahan Keterlambatan Klaim BPJS di Unit Casemix RSUD Medika Citrautama".

B. Rumusan Masalah

Bagaimana upaya petugas klaim di unit *casemix* dalam pencegahan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Singaparna Medika Citrautama?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui upaya petugas klaim di unit *casemix* dalam pencegahan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Singaparna Medika Citrautama.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui alur prosedur klaim BPJS Kesehatan di RSUD Singaparna Medika Citrautama.
- b. Mengetahui peran petugas klaim di unit *casemix* sebagai pelaksana kegiatan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Singaparna Medika Citrautama.
- c. Mengidentifikasi penyebab permasalahan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Singaparna Medika Citrautama.
- d. Mengetahui dampak permasalahan keterlambatan Klaim BPJS Kesehatan di RSUD Medika Citrautama.
- e. Mengetahui upaya petugas klaim di unit *casemix* dalam mencegah kejadian keterlambatan klaim BPJS di RSUD Singaparna Medika Citrautama.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian yang dilakukan diharapkan dapat bermanfaat dalam kegiatan pembelajaran dan menjadi referensi bagi pihak yang membutuhkan, serta menambah wawasan pembaca khususnya untuk pengetahuan mengenai pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan pertimbangan guna terlaksananya peningkatan mutu pelayanan di RSUD Singaparna Medika Citrautama terutama bagi unit *casemix*.

b. Bagi Institusi

Penelitian ini dapat memberikan input positif bagi institusi ataupun referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan dan meningkatkan ilmu pengetahuan serta keterampilan bagi mahasiswa.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul Penelitian	Hasil	Perbedaan Penelitian
1	Antonius Artanto EP	Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016	Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah kualitatif dengan teknik pengumpulan data yaitu wawancara dan observasi.	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilaksanakan saat ini yaitu metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dan teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara.
2	Hendra Rohman,	Analisis Penundaan	Metode dalam penelitian ini	Perbedaan dengan penelitian yang akan

	Aris Wintolo, Endang Susilowati	Pembayaran Klaim Pada Sistem Vedika Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di Rumah Sakit Nur Hidayah Yogyakarta	menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.	dilaksanakan saat ini yaitu metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dan teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara.
3	Mordekhai Immanuel Sitorus, Noor Yulia, Puteri Fannya, Nanda Aula Rumana	Tinjauan Peranan Koder Dalam Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD DR. R.M. Djoelham Kota Binjai	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dan desain cross sectional. Populasi pada penelitian berupa berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilaksanakan saat ini yaitu metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dan teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara.