

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Pada era digitalisasi seperti sekarang ini teknologi informasi sangat dibutuhkan di berbagai bidang usaha. Seperti sekolah, properti, makanan, ekspedisi, pakaian, perbankan bahkan di dunia kesehatan. Karena dengan adanya teknologi informasi setiap usaha dapat berjalan dengan cepat, tepat, akurat dan efisien. Khususnya pada usaha yang bergerak di bidang layanan kesehatan.

Usaha pada bidang layanan kesehatan termasuk kedalam usaha yang tidak dipengaruhi oleh hal apapun. Seperti bencana alam, krisis ekonomi bahkan di masa *pandemic* seperti sekarang ini usaha pada bidang kesehatan seperti apotek, puskesmas dan rumah sakit. Khususnya usaha di bidang rumah sakit tidak pernah sepi pengunjung disaat usaha-usaha lainnya menurun.

Rumah sakit merupakan usaha dibidang pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Dimana pengunjungnya membutuhkan perawatan tingkat lanjut yang ditangani oleh dokter spesialis penyakit tertentu. Namun untuk ketersediaan dokter spesialis sekarang ini masih sangat terbatas. Untuk itu rumah sakit sangat membutuhkan teknologi informasi untuk mempermudah dan mempercepat pelayanan.

Teknologi informasi yang diterapkan dengan baik dapat mendukung proses pengelolaan manajemen rumah sakit menjadi efektif dan efisien. Rumah sakit dan fasilitas kesehatan merupakan ujung tombak tercapainya kesejahteraan kesehatan. Meskipun tujuan utama rumah sakit tidak diorientasikan pada laba, tapi rumah sakit tetap membutuhkan tata kelola yang baik (*good governance*).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat". Sedangkan

pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, dinyatakan bahwa :“Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan”.

Dari pengertian diatas, rumah sakit memiliki beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan atau pelatihan medik dan para medik. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari risiko dan gangguan kesehatan. Sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan. Kesehatan penting bagi semua orang. Namun, biaya perawatan menjadi salah satu masalah bagi pengguna layanan kesehatan masyarakat. Untuk itu pemerintah harus membentuk badan untuk penjamin jaminan sosial.

Perlunya jaminan sosial untuk meringankan biaya untuk mencapai kesehatan bagi masyarakat. BPJS sebagai lembaga sosial dibentuk untuk mengatur program-program seperti jaminan sosial yang ada di Indonesia. Selain itu, layanan berkualitas, sistem pelayanan yang baik dan pemberian perawatan pasien sesuai standar. Diharapkan tetap tersedia bagi pengguna BPJS kesehatan yang akan menciptakan sehingga dapat menciptakan perasaan aman dan nyaman juga kepuasan bagi pasien.

Berdasarkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menunjuk PT. Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial dibidang kesehatan. Sehingga PT. Askes (Persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan pada tahun 2014 Melalui program jaminan kesehatan nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan untuk memastikan seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil dan merata.

Sistem iuran pada BPJS Kesehatan terbagi menjadi 2 yaitu, BPJS yang tidak tanggung oleh pemerintah (NON PBI) dan BPJS Kesehatan yang di tanggung oleh pemerintah (PBI). BPJS NON PBI terdiri 3 tipe kelas yaitu kelas I, II dan III yang biaya iuran nya berbeda.

BPJS PBI hanya ada satu kelas yaitu kelas III saja dan di peruntukan untuk masyarakat kurang mampu. Program BPJS Kesehatan dilaksanakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti klinik pratama, puskesmas dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL) seperti rumah sakit. Untuk tetap menjadi rujukan tingkat lanjut rumah sakit harus memenuhi persyaratan tertentu yang disebut dengan kredensialing dan persyaratan lainnya yaitu terakreditasi paripurna.

Akreditasi Paripurna merupakan predikat hasil penilaian tertinggi yang di berikan berdasarkan penilaian terhadap manajemen mutu dan keselamatan pasien yang di terapkan di rumah sakit. Penilaian tersebut meliputi ketersediaan Sumber daya manusia (SDM), sarana prasarana serta proses pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah di tetapkan. Proses akreditasi dilakukan secara berkala minimal 3 tahun sekali dan ditinjau selama 1 tahun sekali untuk memastikan semua standar yang telah diberikan berjalan dengan baik.

Akreditasi merupakan syarat mutlak yang harus dimiliki FKTP atau FKRTL bila ingin bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sehingga pelayanan yang diberikan terstandarisasi dan bermutu. Dengan adanya kerjasama dengan BPJS Kesehatan rumah sakit membuat tim khusus yang dinamakan dengan tim Casemix adanya tim ini bertujuan untuk dapat memproses data administratif yang dibutuhkan BPJS Kesehatan untuk proses Klaim. (Indonesia, 2011)

Kepala Humas BPJS Kesehatan M Iqbal anas ma'ruf mengatakan pada akhir februari 2022 kepesertaan BPJS Kesehatan mencapai 236,8 juta jiwa atau sekitar 80% lebih masyarakat Indonesia telah terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan. Dengan demikian jasa layanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap

pasien BPJS Kesehatan. Begitu pula dengan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan (Peserta BPJS Kesehatan Bertambah 2,5 Juta Hingga Awal Maret, 2022).

Berawal dari sebuah BKIA yang didirikan pada tanggal 13 September 1962, seiring berjalanya waktu dan perkembangan yang cukup dari BKIA ini berkembang menjadi Rumah Bersalin “Siti Khodijah” dan pada tanggal 22 november 1977 resmi menjadi rumah sakit siti khodijah yang dikelola oleh Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan.

Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan menjadi salah satu rumah sakit yang menjadi prioritas utama bagi masyarakat sekitar Pekalongan bahkan dari luar kota Pekalongan banyak yang memilih Rumah Sakit Siti Khodijah dalam pelayanan kesehatannya. Untuk berpartisipasi dalam membantu program pemerintah Rumah Sakit Siti Khodijah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagai rumah sakit rujukan tingkat lanjut.

Rumah Sakit Siti Khodijah merupakan Rumah Sakit swasta Tipe C di Kota Pekalongan yang telah terakreditasi paripurna dan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sejak tahun 2014. BPJS Kesehatan telah memberikan benefit pada sebagian besar rumah sakit di Indonesia, khususnya Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan. Hal ini terjadi akibat peningkatan jumlah pasien yang signifikan dibandingkan sebelum era JKN.

Sebelum RS Siti Khodijah Pekalongan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, rata-rata *Bed Occupancy Rate* (BOR) pasien rawat inap tahun 2011-2013 sebesar 58% dan rerata jumlah kunjungan pasien rawat jalan tahun 2011-2013 sebanyak 25.000 pasien. Saat Era JKN pada tahun 2014-2015, BOR pasien BPJS Kesehatan rawat inap di RS Siti Khodijah Pekalongan meningkat menjadi 70% dan rerata kunjungan pasien rawat jalan sebanyak 80.000 pasien. Tren ini juga diikuti dengan menurunnya jumlah pasien umum atau pribadi karena program pemerintah yang mewajibkan masyarakat untuk menggunakan BPJS Kesehatan.

Tahun 2018 jumlah pasien pribadi di RS Siti Khodijah Pekalongan sebanyak 21.134 sedangkan jumlah pasien BPJS pertahunnya sebanyak 83.502

pasien. Sedangkan pada tahun 2022 hampir 90% pasien rumah sakit Siti Khodijah Pekalongan adalah pasien BPJS dengan data kunjungan perhari 500 sampai dengan 700 pasien. Peningkatan jumlah kunjungan pasien berdampak pada peningkatan pendapatan Rumah Sakit Perbulannya, sehingga saat ini BPJS Kesehatan menjadi sumber penghasilan utama bagi RS Siti Khodijah Pekalongan untuk dapat mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan ada beberapa syarat yang harus dipenuhi oleh rumah sakit.

Rumah Sakit diwajibkan untuk memenuhi syarat administrasi sebelum mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan setiap bulannya. Syarat pengklaiman meliputi tiga kelompok administrasi klaim yaitu administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan pasien. Administrasi kepesertaan berhubungan dengan kelengkapan dokumen sebagai prasyarat pendaftaran pasien. Administrasi pelayanan merupakan kelengkapan dokumen terkait bukti pelayanan terhadap pasien, seperti Surat Perintah Opname (SPO), Rekam Medis pasien (RM), Hasil pemeriksaan penunjang, billing dan nota. Verifikasi pelayanan pasien berkaitan dengan kesesuaian antara keluhan dengan diagnosa pasien, kesesuaian antara diagnosa dengan terapi yang diberikan, kesesuaian antara diagnosa dengan kode diagnosa beserta tindakan dan cara pulang pasien. (Ayu, 2019).

Berdasarkan Undang- Undang BPJS Kesehatan No 1 tahun 2014 Metode pembayaran BPJS Kesehatan menggunakan sistem INA-CBGs yang berarti besaran tarif telah ditentukan berdasarkan paket per grup diagnosa. Rumah Sakit harus memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif, dan efisien untuk bisa bertahan dengan sistem INA-CBGs. Untuk itu perlu adanya petugas atau unit kerja yang bertugas dalam pengurusan klaim BPJS yaitu dengan dibentuknya tim *casemix*.

Tim *Casemix* RS Siti Khodijah merupakan kelompok kerja dibawah direktur Rumah Sakit. Tim *Casemix* RS Siti Khodijah dibentuk pada bulan Januari tahun 2014. Tim *Casemix* bertanggung jawab menerjemahkan berkas pasien rawat jalan dan rawat inap BPJS Kesehatan menjadi piutang Rumah Sakit. Pada surat keputusan direktur tentang keanggotaan tim *casemix* ada beberapa tahapan dalam

mengolah data administratif pasien yaitu : pemberkasan, *costing*, *coder*, *inputer*, verifikator dan *scanner*.

Setelah data dan berkas pasien di kirimkan untuk di validasi oleh BPJS Kesehatan, Selanjutnya BPJS Kesehatan dapat menginformasikan besaran klaim yang dapat dibayar maupun yang tidak bisa dibayar oleh BPJS Kesehatan. Untuk itu petugas atau unit kerja *casemix* harus mengolah data sesuai dengan alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang berlaku. Ketika data yang dikirimkan ke BPJS Kesehatan dan ada beberapa data yang tidak sesuai. Maka BPJS Kesehatan akan mengkonfirmasi kepada ketua *casemix* untuk dievaluasi dan beberapa kasus tersebut akan di *pending* klaimnya.

Pending klaim adalah klaim yang sudah di verifikasi namun belum bisa dibayar oleh pihak ke satu di karenakan adanya ketidak lengkapan dan tidak sesuai data administras pasien dan masih dalam proses evaluasi. Terjadinya pending klaim akan berdampak pada pengembalian klaim, yang berakibat tidak terbayarnya pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit dan mengakibatkan menurunnya pemasukan rumah sakit

Berdasarkan dari hasil wawancara dengan ketua *casemix*, Rumah sakit siti khodijah sudah melakukan proses pengajuan klaim sesuai dengan peraturan dari BPJS Kesehatan. Namun klaim rumah sakit siti khodijah masih banyak yang terpending dan setiap bulannya selalu bertambah. Sesuai dengan data yang telah diperoleh bahwa terjadi peningkatan pendingan klaim pada bulan april 2022 dimana pendingan klaim pada bulan maret 2022 ada 28 kasus sedangkan pada bulan april 2022 ada 54 kasus.

Menurut petugas verifikator tim *casemix* terdapat beberapa kendala yang sering terjadi sehingga klaim dari BPJS Kesehatan akan di Pending atau tidak dapat diklaim diantaranya : Tidak lengkapnya pengisian dokumen pasien. Seperti tidak adanya gambar bagian tubuh yang akan diberikan tindakan yang efeknya dari pihak BPJS tidak dapat melakukan klaim apakah bagian tubuh sebelah kanan, kiri, dalam ataukah luar. Jadwal kontrol ulang Pasien yang tidak sesuai, Pasien datang pada selang beberapa hari kemudian untuk kontrol tanpa ada tindakan. Surat rujukan ini

berlaku 1 bulan untuk kasus biasa dan 3 bulan untuk kasus kronis sejak dirujuk dari puskesmas/RS tempat rujukan. Dengan banyaknya pasien yang diperiksa oleh dokter, dan adanya pembatasan waktu pemeriksaan seringkali dokter lupa untuk menandatangani form diagnosa yang mengakibatkan klaim tersebut tidak bisa diklaim. Ketidaklengkapan persyaratan berkas klaim maka akan terjadi pengembalian berkas ke rumah sakit yang melakukan proses klaim atau yang sering disebut pending klaim hingga adanya permasalahan yang sangat krusial sekali dan perlu jadi perhatian yaitu berkas klaim yang di tolak atau tidak layak bayar.

Menurut petugas pemberkasan sering terjadi error sistem baik dari server BPJS atau dari jaringan internet rumah sakit, Maka menimbulkan kelengkapan dokumen pasien seperti SEP tidak dapat di cetak karena SEP dibuat dengan sistem yang telah bridging dengan BPJS Kesehatan. Sehingga petugas pemberkasan harus meminta untuk dicetak kembali SEP pasien tersebut ke petugas pendaftaran. Tidak hanya itu untuk kelengkapan seperti form tindakan terkadang masih tidak ada atau hilang karena form tindakan masih ditulis manual untuk kemudian form tersebut diserahkan ke bagian farmasi beserta resep pasien

Pada bagian farmasi juga terdapat petugas khusus untuk klaim obat yang telah digunakan pasien, dan biasanya akan dikirimkan setelah berkas administrasi klaim dari petugas casemix dikirimkan ke BPJS Kesehatan. Berkas klaim tersebut dikirimkan 2 kali dalam 1 bulan.

Berdasarkan hasil wawancara pada petugas farmasi obat yang dapat diklaim oleh BPJS adalah obat generic dan bukan obat paten. Namun terkadang dokter spesialis meresepkan obat paten. Dengan pasien yang banyak dan resep masih ditulis manual maka petugas farmasi langsung menginput obat tersebut kemudian langsung diberikan kepada pasien BPJS. Dengan adanya hal tersebut maka terjadi klaim yang pending akibat obat tersebut tidak terkover oleh BPJS Kesehatan. Ketika ditanyakan DPJP mengatakan tidak tahu kalau obat tersebut tidak terkover oleh BPJS. Maka klaim tersebut biasanya tidak terbayarkan atau gagal. Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas maka penulis akan

melakukan penelitian dengan judul “Analisa Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan”.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Pendapatan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh pasien BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan hasil klaim yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan latar belakang diatas penulis merumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana alur klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
2. Faktor apa saja yang menjadi penyebab terjadinya klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di rumah sakit siti khodijah pekalongan terpending
3. Dampak yang terjadi ketika klaim terpending

1.3. TUJUAN TUGAS AKHIR

1. Untuk mengetahui alur klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di Rumah sakit Siti Khodijah Pekalongan
2. Untuk mengetahui faktor penyebab klaim rawat jalan BPJS Kesehatan Rumah sakit Siti Khodijah Pekalongan pending
4. Untuk mengetahui dampak yang terjadi ketika klaim terpending di RS Siti Khodijah

1.4. KEGUNAAN TUGAS AKHIR

Adapun kegunaan yang dapat diambil dari penelitian ini antara lain :

1. Bagi Penulis
 - a. Mendapatkan informasi terkait permasalahan klaim yang sering terjadi di Rumah Sakit Siti Khodijah
 - b. Mengetahui lebih dalam alur klaim BPJS Kesehatan
 - c. Mengimplementasikan ilmu yang telah diterima di perkuliahan dengan dunia kerja di bagian akuntansi.

2. Bagi FEB UMPP
 - a. Terjalannya hubungan antara UMPP dengan instansi tempat PKL, dalam hal ini Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
 - b. UMPP dapat meningkatkan kualitas lulusannya melalui pengalaman PKL
 - c. Mendapatkan umpan balik berupa saran, kritik, untuk menyempurnakan dan memperbaharui kurikulum yang sesuai dengan kriteria yang dibutuhkan perusahaan.
3. Bagi Instansi (Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan)
 - a. Mendapat pemecahan masalah terkait Klaim BPJS Kesehatan
 - b. Menjadikan proses Klaim BPJS Kesehatan lebih cepat
 - c. Adanya kerjasama antara dunia pendidikan dengan perusahaan membuat perusahaan dikenal oleh kalangan akademis sehingga menaikkan popularitas perusahaan/instansi

1.5. METODE TUGAS AKHIR

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode wawancara dan observasi agar wawancara efektif, maka terdapat beberapa tahapan yang harus dilalui yaitu : memperkenalkan diri, menjelaskan maksud kedatangan, menjelaskan materi wawancara dan mengajukan pertanyaan (yunus, 2010).

(Bungin, 2007) mengemukakan beberapa bentuk observasi yaitu :

1. Observasi partisipasi adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data penelitian melalui pengamatan dan pengindraan dimana peneliti terlibat dalam keseharian informan
2. Observasi tidak terstruktur ialah pengamatan yang dilakukan tanpa menggunakan pedoman observasi, sehingga peneliti mengembangkan pengamatannya berdasarkan perkembangan yang terjadi dilapangan.

3. Observasi kelompok ialah pengamatan yang dilakukan oleh sekelompok tim peneliti terhadap isu yang diangkat menjadi objek penelitian.

Metode observasi dan wawancara dipilih untuk mengetahui alur klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di rumah sakit Siti Khodijah Pekalongan, faktor penyebab terjadinya klaim rawat jalan BPJS Kesehatan pending, jumlah klaim yang terpending dalam hal ini wawancara dilakukan kepada tim casemix selaku petugas yang mengurus tentang klaim BPJS Kesehatan.

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang beralamat di Jl. Bandung no.39-47 Kecamatan Pekalongan Timur Kota Pekalongan telepon : (0285) 422845 website : www.rssitikhodijah.com.

2. Jenis Data

- a. Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari sumbernya yaitu tim casemix Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

- b. Data Sekunder

Data sekunder yaitu data tambahan yang diperoleh secara tidak langsung atau melalui media perantara yaitu jurnal ilmiah, website, dan buku

3. Metode Pengumpulan Data

- a. Metode Wawancara

Metode ini dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada tim casemix dan bagian keuangan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang dapat memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penulisan Tugas Akhir

- b. Metode Observasi

Metode ini dilakukan dengan cara langsung terjun kelapangan, dengan cara melakukan pengamatan dan

mengambil data yang dibutuhkan untuk keperluan penelitian secara langsung.

- c. Pengumpulan data dengan mengambil referensi dari buku, website, jurnal ilmiah maupun peraturan pemerintah yang berkaitan dengan klaim BPJS Kesehatan

1.6. SISTEMATIKA PENULISAN

Dalam penyusunan tugas akhir ini pembahasan dan analisisnya diklasifikasikan secara sistematis ke dalam lima bab yaitu:

BAB I : PENDAHULUAN

- 1.1 Latar Belakang Masalah
- 1.2 Perumusan Masalah
- 1.3 Tujuan Tugas Akhir
- 1.4 Kegunaan Tugas Akhir
- 1.5 Metode Tugas Akhir
- 1.6 Sistematika Penulisan

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

- 2.1 Tinjauan Pustaka

BAB III : GAMBARAN UMUM RS SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- 3.1 Sejarah dan Perkembangan RS Siti Khodijah Pekalongan
- 3.2 Filosofi RS Siti Khodijah Pekalongan
- 3.3 Struktur Organisasi RS Siti Khodijah Pekalongan
- 3.4 Aktivitas RS Siti Khodijah Pekalongan
- 3.5 Pemasaran RS Siti Khodijah Pekalongan

BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN

- 4.1 Hasil dan pembahasan

BAB V : PENUTUP

- 5.1 Kesimpulan
- 5.2 Saran