

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting dan mahal harganya. Didalam era globalisasi seperti sekarang, banyak orang berbondong-bondong untuk menjaga dirinya agar tetap sehat. Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, telah menyatakan bahwa "Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, spiritual, maupun sosial, yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis". Kesehatan adalah hak dasar individu dan setiap warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.

Rumah sakit merupakan salah satu instansi yang mampu memberikan jasa pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Menurut Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa "Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat". Rumah sakit sebagai institusi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan harus senantiasa memberikan kepuasan kepada setiap pasien yang membutuhkan. Maka untuk itu rumah sakit harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanannya. Peningkatan mutu

pelayanan rumah sakit dapat dipengaruhi oleh pelayanan rekam medis.

Menurut Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan atau dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pelayanan rekam medis di rumah sakit terbagi atas penerimaan pasien, perekaman kegiatan pelayanan medis, pengolahan data rekam medis, penyimpanan rekam medis dan pelaporan rekam medis. Pelayanan rekam medis jika dilihat dari jenis penerimaan pasien terdiri atas pelayanan rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam pembiayaan kesehatan adalah dengan memantapkan penjaminan kesehatan melalui jaminan kesehatan . Permenkes No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional dimulai pada tanggal 1 Januari 2014 yang dibentuk oleh BPJS kesehatan dalam SJSN.

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS). Sedangkan SJSN merupakan Sistem Jaminan Sosial Nasional. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2013). Melalui BPJS Kesehatan Pemerintah mempunyai tujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan dan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya.

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dibentuk oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tahun 2014 merupakan program jaminan kesehatan lanjutan pemerintah ditahun sebelumnya. Sistem pembayaran dalam jaminan kesehatan nasional ini juga mengikuti sistem pembayaran sebelumnya yakni sistem pembayaran dengan paket pembayaran sesuai dengan tarif INA CBG's.

Tarif INA CBG's merupakan tarif rumah sakit berdasarkan *Indonesian Case Based Group's* yang selanjutnya disebut dengan tarif INA CBG's (Kepmenkes No. 440, 2012). Dalam Peraturan Menteri

Kesehatan No. 69 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Program JKN tarif Indonesian *Case Based Groups* yang selanjutnya disebutkan Tarif INA CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Pengelompokan diagnosis penyakit didapat dari proses kodifikasi. Kodifikasi menurut Depkes RI (1997) adalah membuat kode atas diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku yang bertujuan untuk mempermudah pengelompokan penyakit dan operasi yang dapat dituangkan dalam bentuk angka. Dalam pembayaran menggunakan INA-CBG's baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dari kode INA-CBG's.

Berdasarkan observasi yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Oktober 2014 judul awal dari penelitian ini adalah evaluasi terhadap pelaksanaan klaim jamkesmas terkait sistem *case-mix* INA CBG's di RSJ Grhasia DIY. Akan tetapi pada awal tahun 2014 terjadi perubahan pada sistem jaminan kesehatan sehingga evaluasi terhadap pelaksanaan klaim jamkesmas tidak dapat dilakukan. Oleh karena itu peneliti mengganti judul menjadi pelaksanaan klaim BPJS/SJSN terkait sistem *case-mix* INA CBG's di RSJ Grhasia DIY. Permasalahan awal yang ditemui adalah terdapat pada alur serta proses pelaksanaan

klaim dimana terdapat kendala sebagai penghambat seperti pada persyaratan administrasi klaim atau kendala secara teknis. Permasalahan pada persyaratan administrasi klaim adalah mengenai kelengkapan dan ketidaksesuaian persyaratan dengan ketentuan sehingga menyebabkan klaim BPJS tidak dapat diklaimkan atau proses klaimnya menjadi terhambat. Sedangkan kendala teknis terdapat pada alat atau mesin yang digunakan dalam proses klaim BPJS yaitu belum dapat digunakannya alat secara maksimal sehingga terjadi penumpukan pekerjaan diawal bulan pelaksanaan klaim BPJS/SJSN.

Perubahan yang terjadi dalam sistem kesehatan menimbulkan perubahan sistem dalam pengajuan klaim jaminan kesehatan. Perubahan tersebut terjadi pada alur serta proses pelaksanaan pengajuan klaim jaminan kesehatan. selain terjadi perubahan alur serta proses pelaksanaan pengajuan klaim dampak dari sistem baru adalah munculnya berbagai masalah yang mempengaruhi serta menghambat proses pelaksanaan pengajuan klaim. Selain kendala ataupun masalah terdapat pula faktor-faktor yang menjadi kendala dalam pelaksanaannya.

Dari masalah yang terjadi penulis tertarik membuat laporan penelitian dengan judul : “Pelaksanaan klaim BPJS/SJSN terkait sistem *case-mix* INA CBG's di RSJ Grhasia DIY ”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka perumusan masalah adalah sebagai berikut "Bagaimana pelaksanaan klaim BPJS/SJSN terkait sistem *case-mix* INA CBG's di RSJ Grhasia DIY?".

C. Batasan Masalah

Analisis terkait pelaksanaan klaim BPJS/SJSN terkait sistem *case-mix* INA CBG's dalam suatu organisasi ditinjau dari teori Emerson mencakup *man, money, materials, machines, dan method*. Penelitian ini dilakukan hanya mencakup *man, materials, dan machines*.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Berdasarkan rumusan masalah, tujuan, umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan klaim BPJS/SJSN terkait sistem *case-mix* INA CBG's di RSJ Grhasia DIY.

2. Tujuan Khusus.

- a. Mengetahui alur pelaksanaan dalam pengajuan klaim BPJS/SJSN terkait sistem *case-mix* INA CBG's di RSJ Grhasia DIY.
- b. Mengetahui kendala-kendala dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS/SJSN terkait sistem *case-mix* INA CBG's di RSJ Grhasia DIY.

E. Manfaat penelitian

1. Kegunaan Praktis

a. Bagi Penulis

- 1) Memperoleh wawasan yang nyata tentang objek yang sedang diteliti serta dapat mengetahui secara nyata bagaimana proses dalam mengajukan klaim BPJS.
- 2) Materi pembelajaran antar teori yang telah ditetapkan dengan kenyataan dilapangan.

b. Bagi rumah sakit

- 1) Hasil penelitian ini bisa dijadikan sebagai bahan masukan dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan pelaksanaan sistem pembayaran sistem *case-mix* Ina CBG's di RSJ Grhasia Yogyakarta.
- 2) Sebagai masukan dan pertimbangan lebih jauh agar pelayanan pasien khususnya dibagian pelayanan klaim BPJS di RSJ Grhasia Yogyakarta lebih baik lagi.

2. Kegunaan Teoritis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan pengembangan pendidikan dengan memperluas wawasan yang pada khususnya mengenai klaim BPJS/SJSN di suatu rumah sakit menggunakan sistem *case-mix* Ina CBG's.

b. Bagi Peneliti Lain

Sebagai fasilitas yang menambah bahan wacana guna pendalaman materi ataupun untuk kelanjutan penelitian yang pada khususnya mengenai pelaksanaan pada alur serta proses klaim BPJS/SJSN menggunakan sistem *case-mix* Ina CBG's.

F. Keaslian Penelitian

Sejauh pengetahuan penulis penelitian dengan judul “Pelaksanaan Klaim BPJS/SJSN Terkait Sistem *Case-mix* Ina CBG's Di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta” belum pernah dilakukan sebelumnya. Namun penelitian dengan tema yang mirip pernah dilakukan, antara lain:

1. Sanfianti (2010) meneliti tentang Pengaruh Validitas Rekam Medis Terhadap *Severity* Penyakit Pasien Dengan Tarif INA-DRG's Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi. Hasil penelitian Sanfianti (2010) adalah INA-DRGs telah diterapkan di rumah sakit, dijalani dengan bertanggungjawab dan baik. Pemahaman INA-DRGs yang tepat oleh staf rumah sakit yang berhubungan langsung dengan INA-DRGs. Validitas rekam medis seperti diagnose dan prosedur atau tindakan medis menjadi indikator utama yang sangat berperan terhadap kesesuaian tingkat *severity* penyakit pasien dengan tarif INA-DRGs yang dihasilkan. Semakin rendah tingkat *severity* penyakit pasien, maka semakin sedikit pula pelayanan yang diberikan. Hal ini seimbang dengan keparahan penyakit

pasien yang terpapar dalam berkas rekam medis yang mengcover semua data sosial dan medis pasien dari awal hingga akhir perawatan. Hambatan INA DRGs yang masih ditemukan berupa penulisan diagnosa dan tindakan yang kurang terperinci serta pemeriksaan penunjang kurang dibutuhkan namun dilakukan pasien. Berdampak pada proses pembentukan *severity* penyakit pasien yang rendah, menjadikan pembiayaan yang kurang efisien bagi pihak rumah sakit dan dokter.

2. Nasution (2010) meneliti tentang Peran Petugas *Coding* Dalam Pelaksanaan INA-DRGs (*Indonesian Diagnostic Related Groups*) Di RSUP H. Adam Malik Medan. Hasil dari penelitian Nasution (2010) adalah peran petugas *coding* adalah mengkode diagnosis dan tindakan serta meng-*entry* kode tersebut ke dalam *software* INA-DRG's. Prosentase pengodean diagnosis pasien rawat inap ada 97,9% sudah dikode dan 97,7% sudah digrup. Prosentase berkas rekam medis pasien rawat jalan yang sudah dikode dan digrup ada 72,44%. Hambatan pengodean yaitu kurang meratanya kesempatan pelatihan, belum adanya kebijakan tentang petugas *coding* khususnya coding INA-DRG's dan protap (prosedur tetap) *coding* INA-DRGs, job description kurang jelas, keterlambatan pengembalian berkas, dan penulisan diagnosis tidak menggunakan istilah medis, penulisan menggunakan singkatan, dan tidak jelas.

3. Lestari (2006) meneliti tentang Pelaksanaan INA-DRG's (*Indonesian Diagnostic Related Groups*) di Instalasi Catatan Medis RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. Hasil penelitian Lestari (2006) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan INA-DRG's adalah SDM, didukung oleh dana dan sarananya. Belum ada prosedur tertulis yang mengatur jalannya proses INA-DRG's di RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta.