

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Keberhasilan upaya pemerintah meningkatkan akses kesehatan masyarakat dengan program sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014 ditunjukkan dengan peningkatan jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini seiring dengan peningkatan kunjungan pasien di fasilitas kesehatan, tidak hanya dirumah sakit pemerintah namun juga di rumah sakit swasta yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2019). Peningkatan kunjungan ini merupakan hal positif dalam mendukung terwujudnya akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan (*Universal Health Coverage*) yang telah mencapai angka 83% pada akhir 2019 dan menjadi tantangan bagi rumah sakit pemerintah dan swasta untuk dapat menampung kebutuhan pelayanan medis di masyarakat (Herawati *et al.*, 2020).

Rumah sakit juga menghadapi tantangan dengan model pembayaran pelayanan kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berupa *Diagnosis Related Group* yang di Indonesia dikenal dengan *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). Model pembayaran *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs) berupa paket pembayaran berdasarkan diagnosa penyakit, yang mencakup seluruh biaya yang dihabiskan dalam pengobatan suatu penyakit termasuk biaya obat, perawatan maupun operasi. Sistem ini berbeda dengan metode pembayaran *fee for*

*service* yang telah lama ada di Indonesia, dimana pasien harus mengeluarkan biaya per setiap pelayanan kesehatan yang diberikan dan tarif pelayanan ditentukan oleh *unit cost* yang disusun oleh rumah sakit berdasarkan banyaknya biaya yang dikeluarkan untuk menciptakan pelayanan tersebut (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016) (Handayani *et al.*, 2019).

Rumah sakit swasta sebagai rumah sakit swadaya, memperoleh dampak besar dari pembiayaan pelayanan sesuai paket INA-CBGs. Pendapatan rumah sakit swasta sangat ditentukan oleh pembayaran INA-CBGs karena proporsi pasien di rumah sakit swasta yang merupakan pasien JKN mencapai lebih dari 90% (Nurwahyuni dan Setiawan, 2020). Peningkatan kunjungan pasien ke Rumah Sakit Swasta akan berpengaruh terhadap kemampuan rumah sakit untuk menyediakan sumber daya kesehatan yang lebih banyak guna mendukung peningkatan pemanfaatan pelayanan dengan tetap mengedepankan efisiensi. Oleh karena Rumah sakit swasta harus mendanai sendiri semua biaya yang dikeluarkan termasuk biaya operasional maupun biaya investasi. Rumah sakit swasta perlu mempersiapkan diri mengoptimalkan sarana dan prasarana, sumber daya manusia serta jenis pelayanan agar dapat bersaing dengan rumah sakit lainnya dan menjawab tantangan model pembayaran INA-CBGs yang ditetapkan oleh pemerintah. Manajemen rumah sakit harus mampu beradaptasi sehingga dapat bertahan dan berkembang di era JKN melalui monitoring kinerja secara berkala dan penyusunan strategi yang diperlukan (Nurwahyuni dan Setiawan, 2020) (Farfar *et al.*, 2022)

Rumah sakit mendapatkan pembayaran sesuai dengan klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan, sehingga rumah sakit harus memastikan kelengkapan berkas

berkas yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim. BPJS Kesehatan dapat mengembalikan seluruh berkas klaim dan mengeluarkan berita acara jika pada prosesnya ada ketidaklengkapan berkas klaim (BPJS Kesehatan, 2018).

Untuk menjamin proses klaim berjalan dengan baik, rumah sakit membentuk Unit *Casemix* yang terdiri dari petugas administrasi, petugas koder dan petugas verifikator internal. Pada umumnya Unit *Casemix* akan terdiri dari beberapa profesi (Dokter atau Perawat atau Bidan dan Ahli madya Rekam Medis), yang jumlah anggota didalam satu unitnya bergantung pada kelas Rumah Sakit dan jumlah kasus dengan pembiayaan JKN yang ditangani setiap bulannya. Selain memastikan kelengkapan berkas klaim, Unit *Casemix* juga akan melakukan pemantauan jumlah kasus, *severity level* (tingkat keparahan), status pulang, lama hari rawat, perbandingan besaran tarif INA-CBGs dan tarif rumah sakit per kasus setiap bulannya (Farfar *et al.*, 2022) (Suhartoyo, 2018)

Proses klaim pelayanan pasien berdasarkan INA CBGs menjadi tantangan bagi Rumah Sakit swasta agar dapat menyusun sistem penyelesaian dan verifikasi klaim tepat waktu sehingga bisa memiliki dana untuk keberlangsungan rumah sakit. Proses kerja monitoring unit *Casemix* terhadap klaim rumah sakit merupakan sistem prioritas yang perlu dikendalikan efektifitas dan efisiensinya (Irwandy, 2016).

Pada rumah sakit swasta, kemampuan manajemen klaim sangat dibutuhkan agar terhindar dari risiko finansial sehingga operasional rumah sakit dapat berjalan dengan sarana, prasarana serta sumber daya yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan, mutu serta keselamatan pasien. Dalam upaya peningkatan mutu rumah sakit ini, tidak jarang rumah sakit *over-budget* dalam hal

penyediaan sumber daya serta sistem. Hal ini perlu diimbangi dengan adanya efisiensi dan kontrol dari manajemen terhadap operasional yang berjalan sehingga dapat memaksimalkan sumber daya dan sistem yang ada di rumah sakit (Ulandari *et al.*, 2018)

Banyak sistem yang telah dipraktikkan di rumah sakit untuk memaksimalkan sumber daya dan efisiensi, salah satunya adalah *Lean* management yang mengadopsi sistem dari perusahaan otomotif Toyota. Sistem ini berdasarkan prinsip menciptakan daya guna tanpa adanya *waste* (pemborosan) dan yakin bahwa dalam setiap manajemen suatu perusahaan, terdapat 60% aktivitas yang dianggap *waste* (pemborosan) sehingga dibutuhkan suatu perubahan pola pikir dan nilai dari masing-masing personal untuk menciptakan budaya dan sikap memperbaiki terus menerus (Grabana dan Toussaint, 2018).

Perkembangan implementasi *Lean* management didasarkan kepada keberhasilan perusahaan Toyota menjadi pabrik otomotif terbesar di dunia dan menghasilkan model mobil yang handal di pasaran. Sistem ini mulai diadopsi di dalam bidang kesehatan pada awal tahun 2000 dan dikembangkan di *United States* hingga *Canada* kemudian berkembang keseluruh dunia dengan hasil menunjukkan perbaikan positif yang terjadi pada rumah sakit yang menerapkan sistem ini (Grabana dan Toussaint, 2018).

Pada dasarnya *Lean* didefinisikan sebagai eliminasi pemborosan dalam setiap bidang aktivitas dengan tujuan agar pelayanan pasien bermutu tinggi dapat diberikan dengan cara yang paling efisien, efektif, dan responsif, sementara tetap mempertahankan nilai ekonomis organisasi. Fokus *Lean Hospital* adalah mengidentifikasi *critical waste* yang terjadi di unit-unit pelayanan dengan

penyusunan *current state mapping* (pemetaan kondisi saat ini), dan *future state mapping* (pemetaan kondisi ideal) sebagai usulan perbaikan setelah *waste* teridentifikasi dan dilakukan pencarian akar penyebab masalahnya (Noviani, 2017). Contoh usulan perbaikan dengan metode *Lean Hospital* dilakukan pada penelitian di unit farmasi, dimana akar penyebab dari *waste inventory* adalah bagian entry resep dan jam praktek dokter yang tidak sesuai dengan jam yang telah ditentukan sehingga menyebabkan penumpukan resep yang datang dalam satu waktu (Yuganingsih *et al.*, 2021).

Di Unit Rekam Medis yang masih dikelola dengan manual, *waste* yang paling sering ditemukan adalah waktu tunggu penyelesaian berkas antar unit. Jika terjadi kesalahan data maka akan memperpanjang waktu tunggu untuk ke proses selanjutnya (Iswanto, 2019). Selain itu tata ruang juga memperpanjang waktu tunggu pencarian dan pengantaran berkas antar unit (Adellia *et al.*, 2014). Redesain proses kerja dan metode pengantaran berkas dengan penggunaan rekam medik elektronik dan input data pasien melalui mobile-tab berhasil mengurangi *waste* berupa *motion*, merampingkan proses pelayanan dan meningkatkan mutu pelayanan tanpa mengubah denah bangunan (Pramita, 2020).

Pada penelitian lain terkait total waktu yang dibutuhkan untuk proses pelayanan BPJS, penerapan metode *Lean Hospital* menurunkan total waktu yang dibutuhkan untuk kompleksitas pelayanan dari 351 menit menjadi 122 menit dan menurunkan aktivitas *non-value-added* sebesar 17.8% dari perspektif pengguna pelayanan. Dengan mengurangi aktivitas yang tidak bernilai, petugas dapat fokus untuk menyediakan pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pasien (Syah *et al.*, 2020). Pada implementasi *Lean* dengan bentuk digitalisasi pelayanan berhasil

mengurangi tahapan proses kerja pelayanan sebesar 50%, mengurangi *lead time* sebanyak 88.4%, *waiting time / non value added* (NVA) sebesar 90.1% dan *necessary non value added* (NNVA) sebesar 52.9%. (Astiena *et al.*, 2022)

RSIA Mutiara Bunda Padang adalah rumah sakit khusus kelas C dengan kepemilikan swasta PT. Ayunda Mutara Medika. Fasilitas Rawat Inap RSIA Mutiara Bunda Padang terdiri dari 2 lantai dengan total 34 tempat tidur. RSIA Mutiara Bunda Padang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sejak Januari 2020 dan jumlah pasien rawat inap selama dua tahun terakhir meningkat jika dibandingkan dengan tahun awal kerjasama. Pada tahun 2020 jumlah pasien rawat inap adalah 1365 pasien, dan pada tahun 2021 terjadi peningkatan sebesar 62.78% dengan jumlah total pasien rawat inap 2222 pasien. Meskipun pada tahun 2022 terjadi penurunan pasien rawat inap sebesar 4.59% dengan jumlah total pasien rawat inap 2120 pasien, namun proporsi pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan meningkat pada tahun 2022 sebesar 5.5% dengan proporsi 94% jika dibandingkan pada tahun 2021 dengan proporsi 89.02% (Unit Rekam Medis RSIA Mutiara Bunda, 2021) (Unit Rekam Medis RSIA Mutiara Bunda, 2022)

Bagian *Casemix* RSIA Mutiara Bunda dibentuk seiring dengan kesepakatan kerjasama Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan di tahun 2020, berupa tim yang berada dibawah naungan Unit Rekam Medis RSIA Mutiara Bunda. Setelah dilakukan restrukturisasi di Januari 2023, tim *Casemix* menjadi sebuah unit tersendiri yang beranggotakan 3 orang. Berkas klaim rawat jalan dipegang oleh 1 orang yang bertanggung jawab sebagai verifikator, koder dan penanggungjawab administrasi klaim rawat jalan. Berkas klaim rawat inap dipegang oleh 2 orang, terdiri dari 1 orang koder sekaligus penanggungjawab

kelengkapan administrasi dan finansial berkas klaim rawat inap serta 1 orang verifikator berkas rawat inap. Petugas *casemix* memiliki waktu kerja 8 jam dalam sehari dan 5 hari dalam seminggu dan menyelesaikan rata-rata 213 klaim berkas rekam medis rawat inap setiap bulannya (Unit Rekam Medis RSIA Mutiara Bunda, 2022).

Unit *Casemix* memproses seluruh aktivitas administrasi dan pelayanan medis yang telah dilakukan oleh unit pelayanan dan unit penunjang pelayanan di rumah sakit. Rata-rata penyelesaian berkas medis rawat inap adalah 18 menit dengan waktu maksimal 4 hari jika terjadi pengembalian berkas rawat inap yang disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas sebanyak 35% dari total berkas yang diklaim (Ayu Putri *et al.*, 2019).

Berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO) RSIA Mutiara Bunda tentang Penyelesaian Klaim BPJS Rawat Inap, berkas rekam medis pasien rawat inap yang telah pulang harus diselesaikan penyusunan dan kelengkapannya oleh petugas rekam medis dalam waktu 2x24 jam. Setelah berkas selesai maka akan diserahkan kepada tim *Casemix* untuk dilakukan verifikasi, pengkodean serta pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Proses verifikasi dan pengkodean diselesaikan dalam waktu maksimal 5 hari setelah pasien pulang.

Namun dari hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan, ditemukan perbedaan hasil kerja dengan SPO yang telah ditetapkan. Dari 100 sampel berkas rekam medis yang dianalisa, ditemukan 99% berkas tidak memenuhi waktu proses kerja yang ditetapkan oleh SPO. Studi pendahuluan juga menemukan bahwa RSIA Mutiara Bunda belum mengaplikasikan *e-medical record* dalam pelayanan rawat inap. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti ingin melakukan analisa

terhadap proses kerja dan melakukan penerapan *Lean Hospital* dalam penyelesaian klaim BPJS rawat inap di RSIA Mutiara Bunda Padang

## 1.2 Perumusan Masalah

Bagaimana penyelesaian klaim BPJS Rawat Inap berbasis *Lean Hospital* di RSIA Mutiara Bunda Padang?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan analisis dan usulan perbaikan mutu penyelesaian klaim BPJS rawat inap berbasis *Lean Hospital* di RSIA Mutiara Bunda Padang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya distribusi sampel dari usia, jenis kelamin, cara masuk rawat inap, level severitas kasus, lama rawatan dan status penyelesaian klaim BPJS rawat inap di RSIA Mutiara Bunda.
2. Diketuainya aktivitas-aktivitas pada proses penyelesaian klaim BPJS rawat inap di RSIA Mutiara Bunda yang bernilai guna (*Value-Added*), yang tidak bernilai guna (*Non Value-Added*) dan yang tidak bernilai guna namun masih dibutuhkan (*Necessary Non Value-Added*).
3. Diketuainya rata-rata waktu *lead time*, *cycle time* dan *waiting time* pada proses penyelesaian klaim BPJS rawat inap di RSIA Mutiara Bunda Padang.



4. Diketuainya persentase waktu aktivitas *Value Added Ratio* (VAR) pada proses penyelesaian klaim BPJS rawat inap di RSIA Mutiara Bunda.
5. Diketuainya pemetaan proses penyelesaian klaim BPJS rawat inap di RSIA Mutiara Bunda saat ini (*current value stream mapping*).
6. Diketuainya bentuk pemborosan (*waste*) dari proses penyelesaian klaim BPJS rawat inap di RSIA Mutiara Bunda.
7. Diketuainya model alternatif berbasis *Lean Hospital* pada proses penyelesaian klaim BPJS rawat inap di RSIA Mutiara Bunda.

#### 1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan maupun bahan evaluasi untuk meningkatkan mutu penyelesaian klaim BPJS rawat inap bagi RSIA Mutiara Bunda Padang.

2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi peneliti lain terhadap pelaksanaan *Lean Hospital* di Rumah Sakit.

