

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di dalam amanat UUD 1945 Pasal 28 H berbunyi “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Negara harus menjamin pemenuhan hak dan kebutuhan dasar setiap warga negaranya. Pelayanan kesehatan adalah salah satu hak mendasar masyarakat yang sudah diselenggarakan oleh pemerintah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan masyarakat.

Salah satu upaya pemerintah dalam bentuk pelayanan kesehatan yaitu pemerintah menetapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) guna meningkatkan derajat kesehatan yang tinggi dan tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat.

Undang-undang Nomor 40/2004 mengamatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Undang-Undang No.24 Tahun 2011 juga menetapkan Jaminan Kesehatan Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014 (Kemenkes RI, 2014). Hak hidup sehat masyarakat menjadi kewajiban dan tanggung jawab pemerintah kemudian direalisasikan melalui jaminan kesehatan bagi seluruh warga negaranya.

BPJS Kesehatan sebagai regulator sekaligus pelaksana program kesehatan masyarakat Indonesia. BPJS Kesehatan telah mengatur ketentuan-ketentuan terkait klaim. Program BPJS Kesehatan memberikan jaminan biaya kesehatan bagi peserta dari tingkat Puskesmas hingga RSUP, fasilitas kesehatan yang bisa diklaim dari banyak program yang tersedia yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Perkembangan yang sangat pesat dalam pelayanan kesehatan saat ini mengharuskan setiap pemberi pelayanan kesehatan segera dapat memenuhi keinginan pelanggannya, untuk mendukung pelayanan kesehatan tersebut tergabung dalam data kesehatan yang disebut Rekam Medis (Hapsari & Subiyantoro, 2019).

Menurut peraturan BPJS 2017 fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulannya. Verifikator BPJS melakukan verifikasi berkas sebelum diajukan dengan tujuan menguji kebenaran dan kelengkapan administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2014).

BPJS Kesehatan yang bekerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan harus menyetujui perjanjian kerja sama serta memenuhi ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem INACBG's. INACBG's ini adalah menjadi jumlah sistem pembayaran (Harnanti, 2018).

Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor *man, machine, method* dan *materials*. Faktor *man* adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengkodean. Faktor *machine* adalah Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) karena belum terintegrasi dengan INA CBG. Faktor *method* adalah karena implementasi Standar Prosedur Operasional (SOP) yang belum lancar. Faktor *materials* adalah karena persyaratan yang kurang sesuai (Noviatri & Sugeng, 2016).

Dampak pengajuan klaim mengalami keterlambatan yaitu berdampak pada mutu pelayanan rumah sakit yang mengakibatkan kegiatan operasional rumah sakit terkait pada ketersediaan obat, pengadaan alat medis dan juga pembayaran intensif kerja pegawai dapat tertunda.

Berdasarkan data tersebut peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian *Literature Review* yaitu terkait faktor – faktor penyebab adanya keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan maka rumusan masalah pada penelitian *Literature review* ini adalah :

Apa faktor penyebab adanya keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit berdasarkan literature review?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan Umum pada penelitian *Studi Literature Review* ini adalah mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit.

1.3.2 Tujuan Khusus

Mengidentifikasi faktor-faktor keterlambatan pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit antara lain:

1. Mengidentifikasi faktor *man* terhadap pengajuan klaim BPJS secara literature review
2. Mengidentifikasi faktor *materials* terhadap pengajuan klaim BPJS secara literature review
3. Mengidentifikasi faktor *machine* terhadap pengajuan klaim BPJS secara literature review

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Fasilitas Kesehatan

Memberikan informasi dan bisa menjadi bahan evaluasi terkait pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

1.4.2 Bagi Peneliti

- a. Dapat meningkatkan wawasan pengetahuan bagi peneliti dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit serta sarana untuk menerapkan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama menempuh bangku perkuliahan.
- b. Sebagai salah satu syarat menyelesaikan program Pendidikan D-III Asuransi Kesehatan.