

## **BABI PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan 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.

Setiap orang yang telah memiliki kartu BPJS dan membayarkan iurannya, maka biaya kebutuhan dasar kesehatannya akan ditanggung oleh BPJS melalui proses klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit kepada BPJS.

Dalam Permenkes No 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya Dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan, untuk meningkatkan kualitas dan kesinambungan program jaminan kesehatan, perlu memberikan acuan dalam pengenaan urun biaya dan selisih biaya sebagai bagian upaya kendali mutu dan kendali biaya serta pencegahan penyalahgunaan pelayanan di fasilitas kesehatan.

Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan sistem (Indonesian-Case Based Groups) INA-CBGs. Dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita.

Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS Kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan lebih dahulu diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS yang bertujuan menguji kebenaran administrasi untuk dipertanggung jawabkan untuk menjaga mutu pelayanan dan efisien biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan .

Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya.

Untuk mendapatkan biaya ini, pihak rumah sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim. Kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan. Kelengkapan dokumen klaim JKN dapat dipengaruhi oleh kelengkapan persyaratan yang berasal dari peserta (seperti fotokopi KTP, fotokopi kartu BPJS) atau dari asuhan medis (seperti resume pasien, laporan penunjang, laporan individu pasien).

Menurut Permenkes Nomor 28 tahun 2014, kelengkapan berkas pada pasien rawat inap meliputi kelengkapan informasi rekam medis yang harus dilengkapi serta ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai seringkali

1

2

disebabkan karena ketidak sesuaian antar lembar klaim dan resume medis seperti kode diagnosis dan tindakan tidak sesuai dengan ICD-10 dan ICD 9 CM. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh Wayan, dkk di RSUD DR. RM Djoelham Binjai pada bulan Maret 2020 dan dilakukan peninjauan kembali pada Februari 2021, peneliti menemukan masalah di bagian administrasi BPJS terkait pengajuan berkas klaim asuransi BPJS Kesehatan yang dikembalikan selama satu tahun yaitu periode Januari 2019 sampai dengan Desember 2019 ditemukan 2.223 jumlah klaim yang diajukan pada rawat inap dan berkas klaim yang dikembalikan ke RSUD DR. R.M Djoelham yang terdiri dari 329. Hal ini karena adanya persyaratan yang belum lengkap atau terdapat resume medis yang belum lengkap, kesalahan pengkodean atau koding yang tidak sesuai dengan resume medis, sehingga pihak verifikator BPJS harus terlebih dahulu mengembalikan berkas persyaratan klaim kepada petugas verifikator yang berada di rumah sakit atau dokter yang merawat pasien untuk memintakan kelengkapan pengisian dokumen persyaratan tersebut. Kelengkapan pengisian berkas yang menyebabkan pending klaim BPJS kesehatan masih menjadi masalah di RSUD DR. RM Djoelham menyebabkan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit terlambat dan merugikan keuangan Rumah Sakit serta mengakibatkan keterlambatan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan di RSUD DR. RM Djoelham Binjai oleh karena itu penyebab klaim tidak dapat diproses perlu dianalisis, diidentifikasi, dan diperbaiki sehingga peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat inap di RSUD DR. RM Djoelham Binjai.

Setelah observasi yang telah dilakukan oleh peneliti di RS Aisyiyah Malang, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan pending klaim BPJS yaitu, berkas penunjang lampiran klaim kurang lengkap, verifikator tidak bisa membaca tulisan dokter, terdapat kesalahpahaman antara permenkes dengan klaim rs, tidak sesuai diagnosa dengan penunjang terlampir, spesial prosedur yang belum terecord di sistem sehingga membuat *miss* klaim.

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang dilaksanakan di RS Aisyiyah Malang dengan judul “Faktor Penyebab Pending Klaim Peserta BPJS Kesehatan di RS Aisyiyah Malang”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat diidentifikasi rumusan masalah yaitu, Apa saja faktor yang menyebabkan klaim terunda BPJS kesehatan di RS Aisyiyah Malang ?

### **C. Tujuan Penelitian**

Selaras dengan rumusan masalah yang, maka tujuan yang akan dicapai melalui pembentukan naskah ini adalah sebagai berikut :

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui apa saja penyebab klaim tertunda BPJS kesehatan di RS Aisyiyah Malang

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui bagaimana SDM yang ada di RS Aisyiyah Malang yang bertanggung jawab dalam proses klaim peserta BPJS Kesehatan
- b. Mengetahui bagaimana kebijakan/ SOP yang telah ditetapkan di RS Aisyiyah Malang yang digunakan sebagai pedoman/ acuan dalam pengelolaan klaim peserta BPJS Kesehatan
- c. Mengetahui *software* atau jenis aplikasi dan kesesuaian aplikasi dengan kebutuhan yang digunakan untuk mendukung pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RS Aisyiyah Malang
- d. Mengetahui bagaimana proses pengajuan klaim peserta BPJS Kesehatan yang ada di RS Aisyiyah Malang

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi penelitian selanjutnya, khususnya yang tertarik untuk meneliti mengenai faktor penyebab klaim tertunda BPJS kesehatan.

#### 2. Manfaat Praktis

##### a. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan sekaligus untuk mengetahui bagaimana cara mengatasi klaim tertunda BPJS kesehatan di RS Aisyiyah Malang.

##### b. Bagi RS Aisyiyah Malang

Hasil dari penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai informasi dan masukan mengenai bagaimana cara untuk mengatasi klaim tertunda BPJS kesehatan

##### c. Bagi Poltekkes Kemenkes Malang

Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan kepada mahasiswa lain ituk melakukan penelitian terkait klaim tertunda BPJS kesehatan.