

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Definisi kesehatan merupakan keadaan normal dan sejahtera anggota tubuh, sosial dan jiwa pada seseorang untuk dapat melakukan aktivitas tanpa gangguan yang berarti ada kesinambungan antara kesehatan fisik, mental, dan sosial seseorang termasuk dalam melakukan interaksi dengan lingkungan (Kemenkes RI, 1992). Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948 menyatakan bahwa pengertian kesehatan adalah sebagai suatu keadaan kelengkapan fisik, mental, sosial, kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan. Maka dari itu kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang paling utama dan pembangunan di bidang kesehatan sangat penting dilaksanakan. Pelaksanaan pembangunan di bidang kesehatan melibatkan seluruh warga negara Indonesia, karena pembangunan kesehatan mempunyai hubungan yang dinamis dengan sektor lainnya (Suharto, 2009).

Sudah menjadi kewajiban bagi pemerintah untuk memenuhi hak dari setiap warga Indonesia. Sesuai Undang-Undang 1945 pasal 28H ayat 1 yang berbunyi "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Hal itu pemerintah mempertegas dalam Undang Undang No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) wajib diikuti bagi seluruh penduduk melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Di negara Indonesia pemerintah sudah menjalankan program JKN pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. Program JKN ini diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang diatur dalam Undang-Undang No. 24 tahun 2011. Tujuan diselenggarakan program JKN ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak. BPJS Kesehatan bekerjasama dengan fasilitas kesehatan yang ada, baik milik pemerintah maupun swasta untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Sistem pembayaran BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 59 Tahun 2014 terbagi menjadi dua yakni sistem kapitasi dan non kapitasi. Sedangkan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) menggunakan sistem pembayaran Tarif *Indonesian - Case Based Groups* (Ina-CBG's). Tarif Ina-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (Peraturan Menteri Kesehatan No. 59, 2014). Pada sistem pembayaran berdasarkan Ina-CBG's di FKRTL pihak rumah sakit diharuskan mengirimkan berkas klaim selambat-lambatnya pada tanggal 10 di bulan pelayanan berikutnya. Selanjutnya BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap (Kementerian Kesehatan, 2014). Dampak yang diakibatkan bila terjadi keterlambatan penyerahan berkas klaim BPJS adalah gagal klaim artinya seluruh biaya perawatan pasien rawat jalan dan rawat inap yang berkasnya dikirim diatas tanggal 10, tidak akan dibayar oleh BPJS Kesehatan sehingga Rumah Sakit menanggung kerugian yang mungkin dalam jumlah yang besar. Keterlambatan pencairan dana klaim juga akan menghambat pembiayaan operasional rumah sakit.

Sistem pembayaran Ina CBG's menggunakan klaim untuk mendapatkan imbal jasa dari pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kepada peserta JKN dari BPJS Kesehatan. Adapun proses pengajuan berkas klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan antara lain yang pertama tahap verifikasi kelengkapan berkas, kedua administrasi kepesertaan, ketiga administrasi pelayanan, dan keempat verifikasi pelayanan kesehatan. Jika terdapat berkas klaim yang tidak lengkap dapat menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan atau pending klaim.

Menurut pendapat Antonius Artanto EP (2016) klaim mempunyai pengertian bahwa terdapat tagihan atau tuntutan dari sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit

melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit.

Verifikator BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi berkas lewat klaim BPJS yang diajukan oleh fasilitas kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien BPJS Kesehatan. Jika ditemukan adanya klaim yang kurang lengkap, maka pihak BPJS tidak akan melakukan pembayaran untuk klaim tersebut (Nurdiah, 2016). Penelitian dari Tyas (2015) tentang Tinjauan Penyebab Adanya Ketidaklengkapan Syarat Klaim BPJS di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang memperoleh hasil bahwa di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama masih terdapat pengembalian dokumen rekam medis dari bagian Pengendalian BPJS ke bagian Unit Rawat Inap karena kurang lengkapnya syarat untuk melakukan pengklaiman pasien BPJS dan kurang lengkapnya pengisian dokumen rekam medis. Ketidaklengkapan berkas klaim inilah yang menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim ataupun berkas tidak bisa diklaimkan.

Hasil penelitian dari Supriadi dan Syifa Rosania (2018) menyatakan bahwa terdapat berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan pada bulan Juni-Agustus 2018 sebanyak 142 berkas klaim rawat inap dan 82 berkas rawat jalan. Alasan pengembalian berkas yaitu tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Penyebab utama dari tidak lolos verifikasi karena ketidaktepatan dari petugas pemberkasan dan adanya perbedaan persepsi tentang kode diagnosis antara Rumah Sakit Hermina Ciputat dengan BPJS Kesehatan. Adapun hasil penelitian dari Bernadus Boliaman dan Taufiq T. Soeltanto (2019) menyatakan bahwa terdapat 38 berkas klaim pending selama tahun 2018 di RSUD Kota Malang. Diantaranya ada beberapa berkas yang mempunyai alasan lebih dari dua jenis. Penyebab klaim pending diantara yaitu administrasi yang kurang lengkap berjumlah 9 berkas, kesalahan dalam penegakan diagnosis berjumlah 8 berkas, tidak adanya penatalaksanaan berjumlah 19 berkas, ketidaktepatan kodefikasi berjumlah 7 berkas, tidak ada lampiran operasi berjumlah 4 berkas, ketidakjelasan indikasi pasien MRS berjumlah 7 berkas, penatalaksanaan spesifik yang tidak sesuai kode berjumlah 7 berkas, dan bukti penunjang medis berjumlah 7 berkas. Di lain sisi hasil penelitian dari

Antonius Artanto EP (2016) menyatakan bahwa faktor penyebab klaim pending di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo ketiadaan tanda tangan DPJP sebesar 90,9%, ketidaksesuaian diagnosis dan terapi sebesar 4,3%, ketidaksesuaian INA CBG's antara koding dan diagnosis dari rumah sakit dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan sebesar 4,8%.

Di semua FKRTL kelengkapan dan ketepatan berkas dokumen sangatlah penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dan ketepatan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Begitu sebaliknya, jika pihak rumah sakit tidak segera melengkapi dokumen, maka hal itu sangat berpengaruh atas pencairan dana klaim sesuai persetujuan.

Salah satu rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Kota Pasuruan adalah RSUD Dr. R. Soedarsono. Berdasarkan penelitian pendahuluan, keterangan yang didapatkan melalui wawancara dengan salah satu staf yang bekerja di BPJS Kesehatan Kota Pasuruan mengatakan bahwa permasalahan berkas dokumen klaim di RSUD Dr. R. Soedarsono masih belum baik. Kemudian berdasarkan studi pendahuluan jumlah klaim pending pada periode bulan Januari – Oktober 2020 sejumlah 405 berkas.

Berdasarkan permasalahan yang banyak terjadi dalam proses berkas klaim khususnya pada pelayanan rawat inap oleh BPJS Kesehatan, maka tujuan yang ingin dicapai pada penelitian ini adalah untuk melihat gambaran faktor penyebab klaim pending rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R. Soedarsono.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan masalah yaitu: bagaimana gambaran faktor penyebab klaim pending rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R. Soedarsono?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran faktor penyebab klaim pending rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R. Soedarsono

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran penyebab klaim pending rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R. Soedarsono berdasarkan faktor resume medis
- b. Untuk mengetahui gambaran penyebab klaim pending rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R. Soedarsono berdasarkan faktor koding
- c. Untuk mengetahui gambaran penyebab klaim pending rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R. Soedarsono berdasarkan faktor administrasi

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Peneliti

Hasil proposal ini diharapkan penulis mendapatkan informasi dan dapat memperluas wawasan mengenai gambaran faktor penyebab klaim pending.

2. Manfaat Bagi Poltekkes Kemenkes Malang

Hasil proposal ini diharapkan dapat menjadi masukan proses belajar mengajar di institusi pendidikan dan sebagai bahan referensi di perpustakaan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

3. Manfaat Bagi Tempat Penelitian

Hasil proposal ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi RSUD Dr. R. Soedarsono dalam menjalankan pengelolaan berkas klaim pada rumah sakit tersebut.