

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah salah satu bukti bahwa pemerintah memiliki komitmen dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Kemenkumham, 2004). Upaya pemerintah dalam mempercepat terselenggaranya sistem jaminan nasional secara menyeluruh bagi rakyat Indonesia adalah dengan dibentuknya BPJS dimana BPJS merupakan badan yang ditugaskan untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia (Kemenkumham, 2011).

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas dua jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan seperti yang dinyatakan oleh (Permenkes, 2014).

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes, 2014). Rumah Sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan

dalam menerapkan pelayanan kesehatan pada JKN. Rumah sakit berperan sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan atau tindak lanjutan pada masa JKN.

Penyelenggaraan JKN pada perawatan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit menggunakan sistem pembayaran prospektif. Sistem pembayaran prospektif adalah pembayaran yang sudah disepakati dimuka meskipun pembayaran dilakukan setelah pelayanan diberikan. Jenis sistem pembayaran prospektif yang digunakan adalah dengan tarif paket atau *Casemix Based Group* (CBG) yaitu cara pembayaran dengan biaya satuan per diagnosis, atau harga satuan per jenis pelayanan medis maupun non-medis yang diberikan kepada seorang pasien dalam rangka penyembuhan suatu penyakit (Suhartoyo, 2018).

Terkait dengan sistem pembayaran, rekam medis pasien digunakan sebagai acuan dalam melengkapi semua administrasi persyaratan klaim yang dibutuhkan. Hal ini sesuai dengan salah satu kegunaan rekam medis sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien. Setiap kegiatan pelayanan dari dokter atau dokter gigi harus terdokumentasi di dalam berkas rekam medis. Hal ini sesuai dengan Permenkes No 269 Tahun 2008 karena rekam medis merupakan catatan dan dokumen semua tindakan serta pelayanan yang diberikan kepada pasien. Pengisian rekam medis harus lengkap agar informasi menjadi akurat. Selain itu, informasi yang ada di dalam berkas rekam medis juga digunakan sebagai acuan dalam proses pembuatan persyaratan klaim BPJS yang nantinya dijadikan sebagai dasar perhitungan biaya kesehatan.

Proses klaim rumah sakit dimulai dari melengkapi berkas dokumen sebagai syarat pengajuan klaim oleh petugas coding, lalu berkas klaim diverifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan. Verifikasi adalah proses meneliti, memeriksa kelengkapan, keabsahan dan kelayakan klaim yang diajukan. Salah satu rekam medis yang diverifikasi tidak lengkap maka bagian verifikator akan meminta dan mencari tentang kebenaran pelayanan yang sudah diberikan sesuai dengan lembar yang akan diklaim (Maharani, 2015).

RSUD Tabanan merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Tabanan, terletak di Jantung Kota Tabanan, dengan kapasitas tempat tidur 259 tempat tidur. Pada bulan Mei 2014 Lulus Akreditasi Standar 2012 dengan peringkat Paripurna dan sebagai Rumah sakit Tipe B Pendidikan sejak tanggal 10 Agustus 2016. RSUD Tabanan sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan dalam menerapkan pelayanan kesehatan pada JKN.

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan dengan berkas klaim pada bulan Oktober – Desember 2022 menunjukkan klaim rawat inap yang diajukan RSUD Tabanan sejumlah 2.853 berkas klaim. Terdapat berkas klaim yang tidak dikembalikan sejumlah 2.688 berkas dan dikembalikan sejumlah 165 berkas. Hal ini disebabkan oleh ketidaksesuaian dari faktor administrasi kepesertaan, faktor administrasi pelayanan dan faktor administrasi pelayanan kesehatan yang meliputi kelengkapan SEP, surat perintah rawat inap, resume medis, penunjang medis, laporan operasi, dan *billing* yang tidak terpenuhi.

Menurut Artono (2016) klaim yang tidak lengkap dapat berdampak dengan pelayanan di rumah sakit dimana petugas akan bekerja secara berulang untuk melengkapi berkas dan khususnya pada pasien rawat inap BPJS dapat menyebabkan pembayaran klaim menjadi menurun serta cash flow rumah sakit menjadi menurun.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Septiana (2019) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang menyatakan bahwa terdapat berkas BPJS rawat inap yang tidak diklaim pada bulan Oktober berjumlah 64 berkas dan penyebab terjadinya klaim tidak diterima adalah dengan adanya berkas klaim yang tidak sesuai, yang terdiri dari administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, administrasi pelayanan kesehatan. Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Menganalisis Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan.”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian yang dipaparkan pada latar belakang diatas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana hubungan faktor administrasi kepesertaan dengan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan?
2. Bagaimana hubungan faktor administrasi pelayanan dengan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan?

3. Bagaimana hubungan faktor administrasi pelayanan kesehatan dengan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan?

### **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dalam penelitian RSUD Tabanan ini adalah sebagai berikut :

#### **1. Tujuan Umum**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan

#### **2. Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Untuk mengetahui hubungan faktor administrasi kepesertaan dengan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan.
- b. Untuk mengetahui hubungan faktor administrasi pelayanan dengan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan.
- c. Untuk mengetahui hubungan faktor administrasi pelayanan kesehatan dengan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan.

## **D. Manfaat Penelitian**

Adapun manfaat yang didapat dalam penelitian di RSUD Tabanan ini adalah sebagai berikut :

### **1. Manfaat Teoritis**

#### **a. Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini dapat sebagai bahan pembelajaran, referensi dasar untuk pembuatan tugas akhir dan memperkaya ilmu pengetahuan, khususnya di bidang rekam medis.

#### **b. Bagi Peneliti selanjutnya**

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan acuan atau referensi untuk melakukan penelitian di bidang yang sama.

### **2. Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Masyarakat**

Dapat memberikan informasi bagi masyarakat tentang prosedur layanan menggunakan BPJS Kesehatan

#### **b. Bagi rumah sakit**

Diharapkan hasil penelitian ini menjadi masukan dan evaluasi bagi RSUD Tabanan agar melakukan upaya perbaikan serta monitoring yang ketat mengenai kelengkapan dan ketepatan berkas klaim BPJS agar dapat dibayarkan, sehingga dapat meningkatkan operasional rumah sakit.