

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada dasarnya merupakan program negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun (Pemerintah Indonesia, 2004).

Berdasarkan Undang- Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 1 tentang BPJS dinyatakan Dana Jaminan Sosial adalah dana yang dimiliki seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial (Pemerintah Indonesia, 2011) .

Di Indonesia sudah dijalankan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014 mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. Fasilitas kesehatan yang ikut serta dalam pelaksanaan program JKN terbagi menjadi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri dari puskesmas, praktek dokter, klinik pratama dan rumah sakit kelas D Pratama atau yang setara serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) berupa klinik utama, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

Rumah sakit berperan sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan atau tingkat lanjutan pada masa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjelaskan bahwa rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta, dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada faskes atau PPK (Kemenkes, 2014). Hal ini mempunyai dampak perubahan pembayaran klaim BPJS Kesehatan, yang dibayarkan dengan sistem paket INA CBG's dan di luar paket INA CBG's (Kemenkes, 2014). Dengan sistem tersebut rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien dan keluarganya.

Dari peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nomor 3 pasal 25 Tahun 2017 tata cara penagihan klaim ke BPJS disebutkan bahwa pengajuan klaim penagihan dilaksanakan setiap tanggal 10 bulan berikutnya dan BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan

kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim penagihan diterima lengkap. Pelaksanaan prosedur klaim penagihan pasien BPJS Kesehatan berdasarkan persyaratan dan dokumen-dokumen yang lengkap, jika tidak lengkap maka belum bisa dilakukan proses pengklaiman. Prosedur kelengkapan berkas penagihan klaim dilaksanakan oleh petugas coding dan petugas klaim umah sakit, selanjutnya berkas tagihan akan diverifikasi kelengkapan dokumennya oleh pihak BPJS yang ada di Rumah Sakit. Dokumen yang akan diverifikasi yaitu resume medis atau laporan operasi yang ditanda tangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Surat Eligibilitas Peserta (SEP), perincian tagihan obat dan perincian tagihan biaya pelayanan rumah sakit, hasil penunjang diagnostik, surat pengantar rawat inap, surat rujukan dari klinik atau puskesmas, *fotocopy* Kartu Tanda Penduduk (KTP), dan *fotocopy* kartu keanggotaan peserta BPJS (BPJS Kesehatan, 2017).

Berdasarkan penelitian Tiara Prastika Sari, dengan judul “Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan klaim Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2016” Penyebab keterlambatan klaim BPJS dari aspek prosedur pengajuan klaim BPJS yaitu terdapat berkas klaim yang belum lengkap serta belum ada prosedur tertulis yang mengatur persyaratan jaminan untuk pasien BPJS. Berdasarkan kelengkapan dokumen klaim pasien BPJS Rawat Jalan dari 99 dokumen terdapat 21 dokumen atau 21,2% dokumen klaim BPJS yang tidak lengkap dan 78 dokumen atau 78,7% dokumen yang sudah lengkap. Dokumen yang sudah lengkap dapat diklaimkan kepada BPJS. Penyebab keterlambatan klaim dari aspek kelengkapan persyaratan pengajuan klaim BPJS yaitu terdapat kesalahan pada surat rujukan, tidak adanya tanda tangan dokter dan diagnosa tidak tertulis di formulir bukti pelayanan rawat jalan, dan tidak ada fotocopy (Prastika, 2016).

Berdasarkan penelitian Valentina dengan judul “Analisis Penyebab *Unclaimed* Berkas BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerjaan Indonesia Medan Tahun 2018” selama pelaksanaan di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerjaan Indonesia ditemukan kasus keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap dari bulan Maret sampai Mei 2018 sebanyak 490 berkas yang terpending (23,35%) dari 2.098 berkas BPJS yang diklaim pada bulan tersebut, dan pada klaim BPJS pasien rawat jalan di bulan Februari – juli , 83 berkas dari 490 berkas BPJS yang terpending ada 45% berkas BPJS dikarenakan dari kesalahan pengkodean, 22% dikarenakan dari indikasi medis dan 33% dikarenakan administrasi. Komponen penyebab tertinggi adalah kesalahan pada pengkodean diagnosa dan komponen yang terendah adalah pada indikasi medis 22% dari 83 berkas (Valentina, 2018).

Rumah Sakit Marinir Cilandak merupakan Rumah Sakit militer Korps Marinir TNI – AL type kelas II B yang telah terakreditasi oleh Departemen Kesehatan RI yang terletak di wilayah Jakarta Selatan tepatnya di JL. Raya Cilandak KKO, Pasar Minggu, Daerah khusus ibukota Jakarta. Rumah Sakit

Marinir Cilandak dilengkapi dengan fasilitas pelayanan kesehatan 11 pelayanan kesehatan jenis spesialisik dan subspecialistik, fasilitas penelitian dan pendidikan, serta kesehatan matra laut. Rumah Sakit Marinir Cilandak memiliki Luas area : 24,087m² dengan kapasitas 196 tempat tidur, dengan kunjungan rawat inap 5.795 orang/tahun, rawat jalan 59,813 orang/tahun, IGD 7.970 orang/tahun. Tingkat efektifitas pelayanan, diantaranya BOR 48%, ALOS 3 hari , TOI 5 hari, BTO 29 kali. Dengan jumlah rata-rata perbulan kunjungan pasien BPJS rawat jalan sebanyak 4093 pasien dan jumlah rata-rata kunjungan pasien BPJS rawat inap sebanyak 566 pasien perbulannya.

Peneliti melakukan studi pendahuluan melalui wawancara kepada petugas *case-mix* di Rumah Sakit Marinir Cilandak, dinyatakan klaim BPJS di rawat inap yang terpending pada bulan september tahun 2019 dari 471 berkas terdapat 92 berkas yang terpending belum diklaim(19.5%), dari hasil observasi awal peneliti terhadap 20 berkas klaim penagihan rawat inap pada bulan september 2019 yang belum diklaim tersebut didapat 13 berkas yang terpending untuk diklaim (65%) dikarenakan ketidaksesuaian pengkodean diagnosa rumah sakit dengan koding dari verifikator BPJS, diantaranya dikarenakan klaim yang dipakai untuk diagnosa saling berhubungan, interval jarak pasien dirawat terlalu dekat atau dianggap satu episode, terjadi kesalahan pada saat konfirmasi prosedur dikarenakan kasus diagnosa yang tidak sesuai dengan ketentuan pihak BPJS Kesehatan, pasien menurut kriteria BPJS Kesehatan termasuk rawat jalan tetapi pasien telah dirawat inap di Rumah Sakit dan beberapa masalah lain.

Keterlambatan klaim BPJS mengakibatkan kerugian kepada semua pihak baik dokter yang bertanggung jawab (DPJP), perawat, petugas yang berkaitan dengan BPJS, maupun rumah sakit dan pada bagian matkes (material kesehatan) rumah sakit Marinir Cilandak, kerugian yang dialami oleh dokter menyangkut pendapatan jasa rawat inap yang dialihkan ke jasa dokter rawat jalan, adanya penunggakan pembayaran jasa yang dialami oleh dokter juga perawat dan petugas yang berkaitan dengan BPJS Kesehatan, pembelanjaan matkes (material kesehatan) menjadi terhambat, misal tagihan untuk membeli obat, alat kesehatan bahan habis pakai serta alat bahan kedokteran lain jadi terhambat atau tertunda dll.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk mengambil penelitian terkait tinjauan keterlambatan pembayaran klaim pasien BPJS Kesehatan pada layanan rawat inap di Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta Selatan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka perumusan masalah yang ingin diketahui adalah penyebab terjadinya keterlambatan pengiriman berkas klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Marinir Cilandak.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab keterlambatan pengiriman berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Marinir Cilandak.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi alur dan prosedur pengiriman klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Marinir Cilandak.
- b. Menghitung presentase keterlambatan pengiriman klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Marinir Cilandak.
- c. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan keterlambatan pengiriman klaim berkas pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Marinir Cilandak.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian bagi pihak-pihak yang terkait, yakni :

1.4.1 Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam pembelajaran bagi pendidikan mahasiswa rekam medis dan informasi kesehatan, serta memperluas wawasan mengenai BPJS dan program Jaminan Kesehatan Nasional, dan dapat dijadikan referensi dalam pembuatan karya tulis ilmiah dalam penelitian selanjutnya.

1.4.2 Bagi Program Pemerintah

Diharapkan dapat memberikan masukan dan bahan pertimbangan mengenai keterlambatan atau pending pada klaim BPJS Kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

1.4.3 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kualitas pengelolaan berkas dalam pelaksanaan manajemen klaim di era Jaminan Kesehatan Nasional.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dari penelitian ini adalah “Tinjauan Keterlambatan Pengiriman Klaim BPJS Kesehatan pada layanan rawat inap di Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta Selatan”. penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran keterlambatan pengajuan pengiriman klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Marinir Cilandak. Penelitian dilakukan menggunakan metode deskriptif kuantitatif. Data yang dibutuhkan pada penelitian ini berupa data primer dan data sekunder, metode pengumpulan data primer melalui wawancara petugas *case-mix* sedangkan pengumpulan data sekunder melalui telaah dokumen dengan menggunakan daftar tilik

dengan cara melihat ketidaktepatan waktu pengiriman klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang akan diajukan oleh verifikator BPJS internal pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan pada tanggal 10 Februari 2020 dan presentase faktor yang menyebabkan keterlambatan pengiriman klaim BPJS Kesehatan tersebut. Penelitian ini akan dilaksanakan di Rumah Sakit Marinir Cilandak pada bulan Februari – Maret Tahun 2020, hasil yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk karya tulis ilmiah.