

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Undang-undang dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Pemerintah Indonesia, 1945). Salah satu upaya yang ditempuh oleh pemerintah dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yaitu dengan menyelenggarakan program jaminan kesehatan Nasional

Menurut 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 (Kementrian kesehatan, 2013).

Menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 Sistem JKN dikelola oleh suatu badan yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan dibagi menjadi 2 bagian yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga yang dibentuk dengan tujuan menyelenggarakan Program Jaminan Sosial di Indonesia. Pelaksanaan BPJS Kesehatan ini sama halnya dengan asuransi kesehatan, yaitu bekerjasama dengan berbagai fasilitas kesehatan baik dokter, klinik dan rumah sakit. Dalam mengelola kesehatan pasien di setiap fasilitas kesehatan diwajibkan adanya dokumen rekam medis (KEMENKUMHAM, 2004).

Menurut Permenkes No: 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Rekam medis yang bermutu salah satunya dapat dilihat dari kelengkapan isi rekam medis. Kelengkapan tersebut ditambahkan dengan autentikasi dari rekam medis seperti nama dokter yang merawat, tanda tangan dan tanggal pembuatan. Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah di isi oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah pelayanan rawat jalan atau rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, dan resume (Kementerian kesehatan, 2008).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit

kelengkapan berkas rekam medis setelah pelayanan pasien di rumah sakit adalah 100% (Kementerian kesehatan, 2008). Diakhir perawatan pasien harus dibuatkan resume medis. Resume medis harus diisi dengan lengkap untuk menjaga mutu rekam medis dan juga dapat digunakan untuk administrasi persyaratan dalam klaim.

Menurut Permenkes RI No 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada perawatan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit menggunakan sistem pembiayaan prospektif. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, Perdiem, Kapitasi dan *case based group*. (Kementrian kesehatan, 2014).

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *Casemix* (*case based Group*) dan sudah diterapkan sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Di Indonesia metode pembayaran CBG dikembangkan dengan istilah *Indonesia Case Base Groups* atau INA-CBGs). Dengan metode pembayaran ini rumah sakit harus mengajukan klaim untuk mendapatkan pengganti biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut peraturan BPJS Nomor 3 tahun 2017 klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. 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 kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosa merujuk pada ICD10 atau ICD9 CM. Kegunaan dari pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS adalah untuk mengganti seluruh biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien yang telah membayar iuran (BPJS, 2017).

Berdasarkan buku petunjuk teknis verifikasi klaim yang diterbitkan oleh BPJS pada tahun 2014, Proses pengajuan klaim dari rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi yaitu kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, dan administrasi pelayanan yang berguna untuk menjaga mutu pelayanan serta memaksimalkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi pasien BPJS Kesehatan.

Apabila dalam proses verifikasi terdapat ketidaksesuaian antara berkas klaim dengan aturan yang telah ditetapkan oleh pihak BPJS maka dapat mengakibatkan pengembalian berkas klaim dari pihak verifikato BPJS kepada rumah sakit.

Menurut PERMENKES No 28 Tahun 2014 fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan (Kementerian kesehatan, 2014).

Dampak dari pengembalian berkas klaim dari pihak verifikator BPJS adalah menghambat proses pencairan dana klaim. Jika proses pencairan dana terhambat maka dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit serta staf-staf yang terlibat, serta dapat menambah beban kerja petugas *casemix* dan juga menghambat proses akreditasi rumah sakit.

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Linda Megawati dan Rita Dian Pertiwi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dari hasil perhitungan analisis kelengkapan berkas syarat klaim BPJS pasien rawat inap didapatkan persentase lembar syarat tidak lengkap tersebut yaitu lembar syarat laporan individual pasien sebesar 32 lembar syarat yang tidak lengkap (84%). Lembar laporan penunjang sebanyak 7 lembar syarat yang tidak lengkap (18%). Dan lembar syarat lembar fotocopy kartu BPJS sebesar 4 lembar atau (7%) (Megawati & Pratiwi, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Irmawati, Sugiharto dan Edy di RSUD Tugu Rejo pada tahun 2015 mendapatkan hasil sebanyak 35 berkas klaim (36%) dengan lembar formulir yang tidak lengkap, sebanyak 24 berkas klaim (26%) berkas yang tidak sesuai dengan ketentuan data aplikasi INA-CBGs, dan sebanyak 41 berkas (42%) yang tidak sesuai yaitu kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan ICD 10 dan ICD 9 (Irmawati, Sugiharto, Susanto, Edy, 2016)

Rumah Sakit Umum Fatmawati adalah rumah sakit pemerintah yang terletak di Jl. RS Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan. Didirikan pada tanggal 15 April 1961 dan telah terakreditasi JCI dengan jumlah tempat tidur keseluruhan kelas rawat sebesar 784 buah, BOR 64.92%. NDR 67,85%, GDR 100,05% dan rata-rata kunjungan rawat inap 509/hari. Dalam pelaksanaan klaim BPJS kesehatan, Rumah Sakit Umum Fatmawati masih mengalami pengembalian klaim oleh pihak verifikator BPJS Kesehatan yang cukup banyak di tiap bulannya.

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan pada bulan Desember 2019 pada berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Umum Fatmawati pada bulan November - Desember total berkas klaim yang dikirim sebesar 4.341 berkas dan berkas yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan sebesar 525 berkas (12,09%).

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan diatas maka dari itu peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian dengan judul **“Faktor yang memengaruhi pengembalian persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Fatmawati Tahun2020”**.

1.2 Rumusan Masalah

“Apa faktor yang memengaruhi pengembalian klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Fatmawati Tahun 2020?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor yang mempengaruhi pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Fatmawati Tahun 2020.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pelaksanaan SPO klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Fatmawati Tahun 2020
2. Menghitung persentase pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Fatmawati Tahun 2020
3. Mengidentifikasi faktor yang memengaruhi pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Fatmawati Tahun 2020

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

Penulis dapat menambah wawasan di bidang rekam medis terutama terkait faktor faktor yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim BPJS. Penelitian ini juga dapat mengidentifikasi masalah yang dihadapi oleh instalasi rekam medis terkait faktor faktor pengembalian berkas klaim BPJS dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.

2. Bagi Rumah Sakit

Manfaat penelitian ini bagi rumah sakit dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pihak rumah sakit terkait tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim BPJS.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari ini diharapkan dapat bermanfaat dan dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk penelitian lain maupun bahan pertimbangan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Fatmawati. Peneliti mengambil judul ini karena ditinjau dari observasi awal yang telah dilakukan masih banyak berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS sedangkan pembayaran dana klaim sangat menunjang bagi suatu rumah sakit. Penelitian ini ditujukan guna membantu para petugas *casemix* dalam melengkapi berkas sebelum melakukan pengklaiman ke BPJS agar dapat mengurangi presentase pengembalian berkas klaim. Metode penelitian yang digunakan adalah analisis kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada bulan Desember 2019 - Mei 2020, berkas yang diteliti adalah semua berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS pada bulan Maret – Mei 2020.