

# **BAB I PENDAHULUAN**

## **1.1 Latar Belakang**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden yang berfungsi untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia (Depkes RI, 2011). Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014, bermula saat pemerintah mengeluarkan UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang kemudian di tahun 2011 pemerintah menetapkan UU No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS), dan menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara jaminan sosial dalam bidang kesehatan, semenjak itu nama PT Askes berubah menjadi BPJS Kesehatan. Indonesia saat ini memasuki era BPJS, dimana pembiayaan pelayanan kesehatan menggunakan asuransi BPJS. Proses pembayaran pelayanan menggunakan sistem klaim dari pihak rumah sakit kepada pihak provider atau pihak BPJS dengan melampirkan persyaratan yang telah ditetapkan oleh pihak BPJS.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya et al., 2015). Proses klaim sangat penting bagi Rumah

Sakit, sebagai biaya pengganti pasien asuransi yang telah berobat. Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan pihak BPJS Kesehatan menyertakan dan melengkapi berkas klaim sebagai persyaratan jaminan kesehatan sesuai dengan prosedur verifikasi BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim tiap bulan secara reguler maksimal tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan. Kemudian BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada pasien maksimal 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima secara lengkap di kantor cabang atau kantor operasional kabupaten atau kota BPJS Kesehatan (Depkes RI, 2011). Kelengkapan berkas klaim yang diperlukan berupa fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau kartu identitas pasien, Kartu Keluarga (KK), kartu BPJS, surat rujukan, Surat Eligibilitas Pasien (SEP), resume medis dan rincian biaya. Jika pasien memerlukan pemeriksaan penunjang maka disertakan pula formulir pemeriksaan penunjang. Dalam proses klaim tersebut, rumah sakit harus memperhatikan kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir berkas rekam medis yang berhubungan dengan administrasi klaim. Pada pasien rawat inap meliputi kelengkapan informasi rekam medis yang harus dilengkapi serta ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab (Kemenkes, 2014). Pencatatan isi rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau dengan cara elektronik. Rekam medis yang lengkap dan akurat dapat mendukung peningkatan suatu mutu pelayanan kesehatan dengan memperoleh data yang berguna untuk perencanaan dan pengawasan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang

berkesinambungan kepada pasien. Apabila dalam pelaksanaan pencatatan rekam medis tidak dilakukan secara lengkap dan cepat, maka akan berdampak pada terlambat atau kurang tepatnya proses pengembalian berkas rekam medis ke unit rekam medis. Ketepatan waktu dalam pengembalian dokumen rekam medis merupakan salah satu upaya untuk menciptakan pengelolaan rekam medis yang baik dan bermutu. Menurut Permenkes (2008) tentang pedoman penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan menyebutkan bahwa berkas rekam medis rawat inap harus dikembalikan ke unit rekam medis dalam waktu 2 x 24 jam terhitung setelah pasien nyatakan pulang. Apabila pengembalian rekam medis melebihi batas waktu yang ditentukan maka keterlambatan pengembalian berkas tersebut menjadi tanggung jawab peminjam.

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Erawantini, dkk (2022) tentang Strategi Mengurangi Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Pasirian Lumajang Tahun 2020 memperoleh hasil bahwa di RSUD Pasirian Lumajang petugas belum pernah melakukan pelatihan terkait sistem pengembalian dokumen rekam medis, minimnya sosialisasi SOP dalam pengembalian dokumen rekam medis ke unit terkait, tidak adanya evaluasi kegiatan dalam mengembalikan dokumen rekam medis, melimpahnya dokumen yang tidak diisi secara keseluruhan dan tidak terdapat SOP kelengkapan untuk mengisi dokumen rekam medis (Erawantini et al., 2022). Ada pula penelitian yang dilakukan oleh Wulandari, dkk (2021) tentang Penyebab Keterlambatan Klaim BPJS Di RSUD Bahtermas Provinsi Sulawesi Tenggara, ditemukan bahwa

penyebab keterlambatan klaim disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas klaim karena pasien tidak membawa berkas pendukung rujukan pasien, beban kerja petugas yang berlebih, keterbatasan tenaga pengelola klaim dan penundaan pengisian berkas klaim. Dalam kasus tersebut, dapat menyebabkan beberapa dampak yang cukup besar bagi Rumah Sakit, dampak yang timbul yakni, menyebabkan pengurangan biaya BPJS, kerugian terhadap Rumah Sakit, dan menurunkan mutu pelayanan Rumah Sakit.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, UOBK RSUD Dr. Mohammad Saleh Probolinggo, pada beberapa berkas pasien masih terjadi keterlambatan untuk dilakukan klaim BPJS kepada pihak verifikasi BPJS dengan batas waktu yang melebihi tanggal 10 bulan berikutnya sesuai dengan PERMENKES No. 28 Tahun 2014. Sebagai akibatnya apabila terjadi keterlambatan klaim, maka berkas klaim tersebut akan pending dan akan diikutsertakan pada proses klaim bulan berikutnya. Hal ini berakibat pada menurunnya jumlah hasil klaim yang di dapat oleh fasilitas kesehatan pada bulan tersebut dan pendapatan rumah sakit berkurang setiap bulannya. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. Mohammad Saleh Kota Probolinggo.”

## 1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apa saja faktor yang dapat menghambat proses klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. Mohammad Saleh Probolinggo?”

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor yang dapat menghambat proses klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr. Mohammad Saleh Probolinggo

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor *Man* yang menjadi faktor penghambat proses klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr. Mohammad Saleh Probolinggo
- b. Mengidentifikasi faktor *Method* yang menjadi faktor penghambat proses klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr. Mohammad Saleh Probolinggo
- c. Mengidentifikasi faktor *Machine* yang menjadi faktor penghambat proses klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr. Mohammad Saleh Probolinggo
- d. Mengidentifikasi faktor *Money* yang menjadi faktor penghambat proses klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr. Mohammad Saleh Probolinggo
- e. Mengidentifikasi faktor *Material* yang menjadi faktor penghambat proses klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr. Mohammad Saleh Probolinggo

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat dijadikan sebagai peningkatan kinerja terkait pengajuan pelaporan klaim BPJS Kesehatan tiap bulannya dan bahan evaluasi bagi rumah sakit dalam meningkatkan kinerja unit pelayanan rekam medis, khususnya yang berkaitan dengan klaim BPJS rawat inap di UOBK RSUD Dr. Mohammad Saleh Probolinggo.

### **1.4.2 Manfaat bagi Peneliti**

- a. Penelitian yang dilakukan diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman peneliti.
- b. Menjadikan penelitian sebagai bahan pembelajaran dan perbandingan antara teori yang didapatkan dikampus dengan kenyataan yang ada dilapangan

### **1.4.3 Manfaat bagi Poltekkes Kemenkes Malang**

Hasil penelitian diharapkan memberikan perkembangan pendidikan, pengetahuan dan informasi bagi mahasiswa rekam medis lainnya.