

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (diantaranya adalah melalui PT. Askes (Persero) dan PT. Jansostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi sehingga biaya Kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali (Permenkes, 2014).

Pemerintah menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan yaitu BPJS. BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS sebagai badan hukum publik yang dibentuk dengan Undang-Undang khusus dan hanya menyelenggarakan program jaminan sosial yang merupakan program negara sesuai amanat Pasal 28 H ayat (1), (2) dan (3) serta Pasal 34 ayat (1) dan (2) UUD 1945. Badan penyelenggaraan jaminan sosial terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (Keamenkes RI, 2013).

BPJS kesehatan telah bermitra dengan rumah sakit dan unit-unit pelayanan kesehatan lainnya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Rumah sakit sebagai organisasi dan manajemen yang memberikan layanan medis yang dilakukan oleh tenaga medis dan para medis profesional seperti dokter, dokter gigi, dan paramedis yang didukung oleh tenaga non medis, tenaga administrasi dan tenaga teknis lainnya yang memberikan pelayanan umum beserta sarana prasarana yang diperlukan. Dari definisi tersebut, program peningkatan mutu rumah sakit merupakan peran dari rekan medis (DepKes, 2009).

Standar profesi perekam medis dan informasi kesehatan yaitu salah satu kompetensi perekam medis adalah klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Oleh sebab itu, penentuan kode yang ditetapkan oleh petugas rekam medis harus tepat karena hal ini dapat berpengaruh pada proses klaim yang berlangsung. Apabila kode tidak tepat, maka rekam medis tidak lolos verifikasi. Akibatnya terjadi *pending claim* yang membuat proses klaim menjadi lama (SK Menkes RI, 2007).

Proses penagihan klaim dalam JKN, penagihan tidak langsung diserahkan ke pemerintah tetapi diserahkan kepada pihak BPJS. Pengajuan pembiayaan dibutuhkan untuk persyaratan klaim yang diajukan kepada verifikator. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2015 klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada badan penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial. Dalam klaim dilakukan

proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya verifikasi adalah sebuah pemeriksaan terhadap laporan, pernyataan, dan perhitungan uang. Proses verifikasi klaim BPJS ternyata mengalami banyak kendala yang terjadi salah satunya adalah penolakan berkas oleh verifikasi. Penolakan ini terjadi karena pengkodean yang kurang tepat, tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, resume yang tidak lengkap sehingga mengakibatkan penolakan yang berujung pada tertundanya proses klaim BPJS.

Sebuah studi menunjukkan bahwa *pending claim* mengalami kenaikan pada tahun berikutnya pada tahun 2017 total *pending claim* sebesar 330 berkas dan meningkat sebesar 457 berkas di triwulan 1 tahun 2018, kenaikan *pending claim* mencapai 27,78%, (Romdhoni, 2018). Penelitian ini kemudian dilanjutkan oleh (Yulawati, 2019) bahwa terdapat 563 berkas dikembalikan karena gagal purifikasi data.

Studi yang baru-baru ini dilakukan oleh (Opitasari, 2019) mengungkap bahwa dari 11,945 berkas klaim, sebanyak 3,013 (25,2%) berkas klaim dikembalikan ke Rumah Sakit oleh BPJS Kesehatan. Nilai klaim yang diajukan untuk 11,945 berkas adalah Rp146,967,494,700, sedangkan nilai klaim dari berkas yang dikembalikan sebesar Rp45,150,888,100. Apabila hal ini terus terjadi, akan menyebabkan *pending claim* terus terjadi karena adanya penumpukan berkas klaim yang berdampak pada terhambatnya proses pembayaran klaim BPJS kepada rumah sakit. Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kejadian *pending claim* masih banyak terjadi. Hal ini dapat membuat kinerja rumah sakit menurun.

Dalam Buku *the World Report on Knowledge for Better Health* (WHO, 2004) telah diungkapkan bahwa salah satu permasalahan dalam penelitian kesehatan adalah terkait dengan kurangnya pemanfaatan hasil penelitian oleh pengguna (*the utilization of research results*). Bahkan, permasalahan ini tidak saja terjadi di negara berkembang namun juga terjadi di negara maju. Pemanfaatan hasil penelitian oleh penentu kebijakan mencakup penyediaan fakta pada keseluruhan sektensi proses kebijakan (*policy process*).

Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk mengkaji lebih lanjut mengenai faktor penyebab terjadinya *pending claim* BPJS Kesehatan di rumah sakit menggunakan metode *traditional review*. Prinsip *review* yang tidak sistematis (*traditional review*) adalah metode *review* (tinjauan) yang cara pengumpulan fakta dan teknik sintesisnya tidak mengikuti cara-cara baku sebagaimana *systematic review*. Studi sendiri (*individual study*) merupakan bentuk studi primer (*primary study*), sedangkan *systematic review* adalah studi sekunder (*secondary study*). *systematic review* adalah menggunakan pendekatan metodologi penelitian yang sistematis, sementara *traditional review* tidak menggunakan metodologi penelitian yang baku, lebih kepada kemauan (inklinasi) penulis, terkait dengan ke arah mana tulisan akan dibawa (Siswanto, 2011).

## 1.2 Identifikasi Masalah

Tingkat penerimaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit belum mencapai 100% dikarenakan kurangnya ketelitian PMIK, kurangnya kedisiplinan dokter dalam mengisi rekam medis, persyaratan klaim tidak lengkap, kode diagnosa tidak lengkap, belum adanya SPO dan belum dilakukannya *monitoring* dan evaluasi.

sering terjadi *error*, dan belum adanya *billing system*. Hal ini menyebabkan terjadinya pembayaran klaim tertunda, penumpukan berkas klaim, proses klaim menjadi lama, pelaporan tidak akurat, dan jam kerja PMIK bertambah seperti pada Gambar 1.1 :



Gambar 1.1 Identifikasi Penyebab Masalah

### 1.3 Batasan Masalah

Berdasarkan rumusan masalah, peneliti membatasi penelitian ini yaitu berfokus pada faktor penyebab terjadinya *pending claim* di rumah sakit.

### 1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang pada penelitian ini, penulis merumuskan masalah yaitu "Faktor apa saja yang menyebabkan terjadinya *pending claim* BPJS Kesehatan di rumah sakit?"

## 1.5 Tujuan

### 1.5.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor penyebab terjadinya *pending claim* BPJS Kesehatan di Rumah Sakit.

### 1.5.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kategori pengembalian klaim di Rumah Sakit.
2. Mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya *pending claim* BPJS Kesehatan di Rumah Sakit.

## 1.6 Manfaat

Manfaat hasil penelitian ditinjau dari segi aplikatif bagi ilmuan, peneliti lain, dan masyarakat pada umumnya. Oleh karena itu, manfaat penelitian ini yaitu :

### 1. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat digunakan sebagai kajian dalam melakukan penelitian studi literatur (*Traditional Review*) dan mengkaji faktor yang menyebabkan terjadinya *pending claim* di Rumah Sakit.

### 2. Manfaat Bagi STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi dalam pengembangan ilmu dan penelitian selama mengikuti perkuliahan di STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya khususnya tentang *Pending Claim* BPJS Kesehatan untuk mendukung mata kuliah Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) 5 tentang klaim BPJS Kesehatan dan sebagai bahan acuan untuk penelitian selanjutnya, serta koleksi perpustakaan tentang penelitian studi literatur.