

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Selama kurang lebih 4 (empat) dekade, Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial, namun baru mencakup sebagian kecil masyarakat. Sebagian besar rakyat belum memperoleh perlindungan yang memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak peserta. Sehubungan dengan tersebut, dipandang perlu menyusun Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mampu mensinkronisasikan penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta.

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa penyelenggara jaminan sosial. bertujuan untuk memberi perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (Undang – Undang Republik Indonesia No 40 tahun 2004). Melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak apabila terjadi hal – hal yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun. Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kesehatan yaitu dengan mengadakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per Januari 2014.

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan setiap orang yang telah membiayai iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018). Untuk menyelenggarakan program JKN maka pemerintah membentuk badan hukum disebut BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyetujui perjanjian kerja sama dengan BPJS Kesehatan serta memenuhi ketentuan perundang – undangan yang berlaku.

Menurut Buku Panduan Praktis Administrasi Fasilitas Kesehatan BPJS (2014) kelengkapan informasi sangatlah penting. Oleh karena itu petunjuk verifikasi klaim disusun secara khusus dengan tujuan untuk dapat menjadi acuan bagi verifikator BPJS Kesehatan maupun bagi fasilitas kesehatan dalam rangka menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya layanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Menurut (BPJS Kesehatan,2014) klaim yang tidak lengkap dan dianggap tidak layak diserahkan kembali ke rumah sakit melalui unit penjamin untuk dikoreksi dan direvisi oleh unit penjamin di bulan berikutnya.sebelum tanggal 10 bulan berjalan. Dari hasil koreksi dan revisi dilakukan oleh unit penjamin misal meminta tanda tangan DPJP, penyesuaian koding INA – CBG's telusur prosedur dan terapi kepada DPJP atau melihat rekam medis pasien yang bersangkutan.

Penyebab Pengembalian Berkas Klaim tertunda (Supriadi dan Syifa Rosania, 2019) antara lain:

1. Tidak Lolos Verifikasi Administrasi Kepesertaan.
2. Tidak Lolos Verifikasi Administrasi Pelayanan
3. Tidak Lolos Verifikasi Pelayanan Kesehatan
4. Tidak Lolos Verifikasi menggunakan *software* INA CBG's.

Tabel 1. 1 Data Pengajuan Berkas Klaim BPJS di Rumah Sakit Tahun 2017 -2019

Indikator	Pelayanan	Tahun		
		2017	2018	2019
Jumlah Berkas Klaim yang diajukan	Rawat Jalan	5.713	8.111	9.517
	Rawat Inap	2.146	3.352	3.639
Jumlah Berkas Klaim yang <i>pending</i>	Rawat Jalan	2	141	223
	Rawat Inap	4	223	108
Prosentase (%)	Rawat Jalan	0,03	1,96	2,34
	Rawat Inap	0,11	6,54	2,97

Sumber: BPJS Center rumah sakit

Berdasarkan data yang saya peroleh dari rumah sakit tahun 2017 – 2019 setiap bulannya terdapat berkas klaim yang *pending* oleh verifikator BPJS Kesehatan. Pengembalian berkas klaim BPJS salah satunya diakibatkan oleh ketidaklengkapan berkas. Dampak dari berkas klaim BPJS yang *dipending* menyebabkan berkas klaim diajukan bulan berikutnya oleh rumah sakit. Hal ini menyebabkan jumlah pendapatan yang diterima oleh rumah sakit berkurang sehingga mengganggu pelayanan yang diberikan kepada pasien. Dengan demikian, perlu dilakukan penelitian lebih dalam untuk mengetahui faktor – faktor apa saja menyebabkan berkas klaim rawat inap yang *pending* dengan pendekatan literature review.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Faktor apa saja penyebab berkas klaim rawat inap yang *pending* di Rumah Sakit?

## **1.3 Tujuan**

Mengidentifikasi faktor – faktor penyebab berkas klaim Rawat Inap yang *Pending* di Rumah Sakit dengan menggunakan pendekatan *literature review*.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang Berkas Klaim.

### **1.4.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan penyelesaian masalah bagi rumah sakit mengenai Berkas Klaim BPJS Rawat Inap agar tidak *pending* dibulan yang akan datang.

### **1.4.3 Manfaat Bagi Stikes Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu referensi dan acuan dalam pengembangan pengetahuan dan praktek kerja tentang Berkas Klaim BPJS Rawat Inap yang *Pending*.