

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Menurut undang - undang Nomor 17 tentang Kesehatan, Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekedar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif. Selain itu, Pelayanan yan diberikan secara lagsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memeiihara derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif,dan/atau paliatif (UU RI NO 17 TH 2023)

Pemerintah Indonesia melalui kemnetrian kesehatan akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat indonesia dengan menyelnggrakan program jaminan kesehatan sesuai amanat Undang-Undang SJSN No 40 tahun 2004. Program jaminan kesehatan diselenggarakan oleh Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. BPJS Kesehatan akan memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN/KIS jika peserta mengalami risiko sakit. Peserta JKN/KIS yang telah mendapatkan pelayanan di RS maka BPJS Kesehatan akan mengganti biaya pelayanan kesehatan ke RS dengan menggunakan sistem pembayaran secara prospektif. Sebelum BPJS Kes memberikan pembayaran ke RS maka RS harus mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan.

Rumah Sakit akan mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS dengan sistem casemix Indonesia Case Base Group (INA-CBG's). Para Profesional Pemberi Asuhan (PPA) berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan pasien sesuai dengan tarif INA-CBG's (Susan dkk., 2016)

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak Rumah Sakit dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Klaim dilakukan secara manual menggunakan software INA-CBG's. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran dan kelengkapan administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Pratama, 2021) . Menurut Depkes (2008) dalam (Megawati &

Pratiwi, 2016), bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggung jawab berdasarkan Permenkes RI nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat, apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim. Berdasarkan petunjuk teknis Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum antara lain resume medis, laporan penunjang, SEP, fotokopi KTP, fotokopi kartu BPJS. Jika berkas tersebut tidak lengkap, maka berakibat pengembalian berkas klaim yang pada akhirnya dapat menghambat proses pembayaran (Permenkes No 903 Th 2011)

Menurut Megawati & Pratiwi (2016) bahwa pengembalian berkas klaim memiliki dampak besar bagi rumah sakit karena dapat memperlambat proses pembayaran klaim. Berdasarkan penelitian tersebut keterlambatan klaim disebabkan karena tidak lengkapnya berkas klaim seperti kurangnya laporan penunjang, dan fotocopy kartu BPJS. Sedangkan penyebab pengembalian berkas klaim yaitu tidak adanya berkas penunjang pasien, resume medis yang ditandatangani DPJP, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur yang disertai tanda tangan DPJP, SEP dan pendukung lain, SEP dengan data INA CBGs, ketentuan yang tidak sesuai yaitu kesesuaian diagnosis dan prosedur, protokol terapi dan regimen obat.

Berdasarkan penelitian dari Widodo & Happy D (2023) bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa klaim pending rawat inap disebabkan karena faktor koding paling tinggi sebesar 39% karena kesalahan dalam melakukan klasifikasi dan kodefikasi diagnosis dan tindakan sesuai ICD 10, ICD 9 CM, PMK 26 tahun 2021 dan berta acara kesepakatan serta penulisan diagnosis dan tindakan yang tidak spesifik. Faktor administrasi 37% karena tidak dilampirkan bukti administrasi pelayanan, administrasi kepesertaan dan administrasi keuangan. Faktor klinis 24% disebabkan karena ketidaklengkapan penulisan resume medis, alasan pengantar rawat inap, tidak lengkap penulisan laporan operasi dan waktu penggunaan ventilator.

RSUD Nene Mallomo membagi beberapa tanggung jawab terkait

pelaksanaan jalannya klaim BPJS diantaranya yaitu admin, verifikator berkas, klaim, DPJP, dan koder. RSUD Nene Mallomo merupakan salah satu rumah sakit tipe C yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2016. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis di Unit Casemix dan Asuransi Kesehatan RSUD Nene Mallomo pada pengajuan klaim bulan pelayanan Januari sampai dengan Desember tahun 2022 sebanyak 88.326 kasus. Namun setelah dilakukan Verifikasi oleh BPJS Kesehatan, bulan Januari sampai bulan Desember ditemukan 1.425 jumlah berkas klaim dikembalikan. Berdasarkan jumlah data pengembalian klaim tersebut permasalahan pengajuan klaim di RSUD Nene Mallomo kasus yang paling tinggi terdapat pada rawat jalan. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk mengambil judul Faktor Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan Di RSUD Nene Mallomo.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, fokus rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Faktor Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan Di RSUD Nene Mallomo?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui Faktor Penyebab Pengembalian berkas Klaim BPJS Kesehatan pasien Rawat Jalan Di RSUD Nene Mallomo.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian klaim rawat jalan dari faktor koding di RSUD Nene Mallomo
- b. Untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian klaim rawat jalan dari faktor medis di RSUD Nene Mallomo
- c. Untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian klaim dari faktor Administrasi di RSUD Nene Mallomo.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini dapat menjadi landasan bagi RSUD Nene Mallomo dalam membuat perencanaan dan strategi agar tidak terjadi pengajuan klaim pending.

### **1.4.2 Bagi Poltekkes Kemenkes Malang**

Penelitian ini dapat memberikan bahan tambahan referensi dan bahan kepustakaan bagi mahasiswa dan pihak lain yang ingin melakukan penelitian di bidang pengajuan klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) .

#### **1.4.3 Bagi Penulis**

Mengembangkan kemampuan, menambah pengalaman dan pengetahuan dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama menempuh perkuliahan.