

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat dimana pemerintah, baik di tingkat lokal maupun nasional serta pada umumnya, melancarkan kegiatan pelayanan kesehatan. Rumah sakit adalah contoh fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan rawat inap rawat jalan, dan gawat darurat. (PERMENKES , 2019).

Pasien yang memerlukan observasi , pengobatan, diagnosis, terapi, rehabilitas, atau jenis intervensi lainnya yang memerlukan penggunaan tempat tidur dianggap menerima layanan rawat inap (Depkes RI 2020). Rekam Medis digunakan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagai sumber informasi tentang pelayanan kesehatan dan pengobatan pasien. Selain sebagai dasar etika kedokteran, juga dimanfaatkan untuk tujuan pendidikan dan penelitian, serta untuk menyusun statistik kesehatan (Suraja, 2018).

Rekam Medis Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No.269/MENKES/PER/III/2008 merupakan dokumen yang berkaitan dengan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Perekam medis melakukan berbagai tugas, termasuk mengisi dokumen rekam medis untuk pasien saat mereka tiba di area penerimaan pasien dan terus melakukannya sampai pasien resmi keluar atau tidak dirawat di rumah sakit. Rekam medis harus mencakup semua tindakan perawatan kesehatan yang dilakukan pada pasien di bawah perawatan penyedia layanan kesehatan. Oleh karena itu, setiap fasilitas medis harus memelihara rekam medis yang akurat dan lengkap, dan setiap petugas rekam medis bertanggung jawab untuk memastikan kelengkapan dokumen ini secara akurat, menyeluruh, dan tepat waktu (Melawati, 2021).

Resume medis, dokumen yang memuat tentang segala informasi tentang perawatan pasien, respon tubuh terhadap pengobatan dan keadaan pasien saat keluar dari rumah sakit yang harus ditandatangani dokter yang merawatnya. Hatta (2011). Pengisian resume medis harus akurat dan lengkap sehingga dapat dipakai sebagai dasar dan acuan pemberian pelayanan selanjutnya dan sebagai alat administrasi klaim BPJS (Melawati, 2021).

BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan berdasarkan SJSN yang ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004. Untuk menjalankan skema jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, lembaga pelaksananya adalah BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, salah satu upaya yang telah dimufakatkan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan yaitu ditetapkannya tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas tingkat lanjutan (Melawati, 2021).

Sistem *Indonesian Case Base Group (INA-GBG)* digunakan untuk membayar pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKTRL) di bawah program BPJS Kesehatan, sesuai Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan (Depkes RI 2020). Pengklaiman berkas BPJS dilaksanakan secara kolektif tiap awal bulannya. Sistem pembayaran dengan *INA-CBG* yang dilakukan oleh BPJS di rumah sakit harus melalui tahap verifikasi berkas dimana kesesuaian diagnosis serta prosedur menggunakan ICD-10 dan ICD-9 CM (Valentina and Halawa 2018). Dalam pengklaiman *dispute* BPJS di rumah sakit disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas rekam medis dan ketidaktepatan penulisan kode diagnosis maupun tindakannya (Herman et al. 2020).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSUD Wates pada tanggal 07 Februari 2022 masih ada permasalahan terkait berkas BPJS yang *dispute* apabila terjadi jika hasil verifikasi klaim yang diajukan oleh rumah sakit terdapat ketidaksesuaian atau ketidaktepatan yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis. Terjadi *dispute* maka berkas klaim BPJS akan diikutsertakan pada proses klaim BPJS periode selanjutnya. Keterlambatan penyerahan berkas klaim pasien

rawat inap di RSUD Wates disebabkan karena berkas rekam medis yang kembali dari ruang bangsal rawat inap kurang lengkap dan harus dikembalikan ke dokter penanggung jawab untuk dilengkapi lagi. Hal ini berdampak pada pembiayaan/administrasi rumah sakit.

Berdasarkan dari latar belakang diatas penulis menemukan masih banyaknya permasalahan terkait klaim *dispute* sehingga penulis tertarik dengan penelitian ini dan berharap dengan adanya penelitian ini maka dapat mengetahui beberapa faktor penyebab klaim *dispute* BPJS di rumah sakit sehingga dapat dilakukan evaluasi. Oleh sebab itu penulis mengangkat judul penelitian "Faktor-Faktor Penyebab Klaim *Dispute* Pasien BPJS Rawat Inap di RSUD Wates".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah yang dapat diambil adalah "Bagaimana Mengetahui Faktor-Faktor Penyebab Klaim *Dispute* Pasien BPJS Rawat Inap di RSUD Wates".

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor penyebab klaim *dispute* BPJS dari faktor 5M di RSUD Wates.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui angka kejadian klaim *dispute* di RSUD Wates dari tahun 2020 - 2022 dari bulan Januari sampai April.
- b. Mengidentifikasi faktor penyebab klaim *dispute* dari aspek *man, money, method, material, dan machine*.

D. Manfaat

1. **Bagi Peneliti**
Untuk menambah ilmu pengetahuan khususnya di bidang klaim BPJS.
2. **Bagi Institusi Pendidikan**
Sebagai bahan pertimbangan dan referensi bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian di masa yang akan datang.
3. **Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan**
Dapat digunakan sebagai panduan dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya bagi tenaga kesehatan rekam medis di Rumah Sakit.

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA
PERPUSTAKAAN