

BAB I
PENDAHULUAN
A. Latar Belakang

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Sosial di Indonesia berlandaskan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS dibentuk menjadi 2 yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah perusahaan asuransi yang kita kenal sebelumnya sebagai PT Askes. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Ketenagakerjaan merupakan transformasi dari Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja). BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program seperti jaminan kecelakaan kerja jaminan hari tua, jaminan pension, dan jaminan kematian. Dalam proses pengklaiman terdapat syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi, antara lain Surat Bukti Pelayanan (SBP), Riwayat Perjalanan Penyakit, Tanda-Tangan Dokter, dan Kode Diagnosis. Sedangkan untuk kelengkapan kartu BPJS, foto copy KK/KTP, Rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dan Surat Egibilitas Pasien (SEP) atau surat keabsahan sebagai peserta BPJS.

Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) (Kemenkes, 2013).

Penahapan kepesertaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di mulai tanggal 1 Januari 2014, dengan kepesertaan anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya, dan tahap kedua diharapkan seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang diharapkan terdaftar sebagai peserta paling lambat tanggal 1 Januari 2019. Hal ini sesuai dengan Peraturan Presiden RI Nomor 12, Pasal 6 ayat 2 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Berdasarkan Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan

Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) (Kemenkes, 2013).

Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial (Republik Indonesia, 2011) . Hal ini mempunyai dampak perubahan pembayaran klaim BPJS Kesehatan, yang dibayarkan dengan sistem paket INA CBG's dan di luar paket INA CBG's (Kemenkes, 2013). Dengan sistem tersebut rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien dan keluarganya.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Bantul pada tanggal 30 April 2018, diperoleh hasil bawa berkas klaim pasien BPJS diterima oleh verifikator BPJS untuk di grouping. Kemudian hasil verifikasi di serakan kepada BPJS setiap tanggal 1 bulan berikutnya. Apabila terjadi keterlambatan penyerahan berkas, maka berkas klaim tersebut akan di tunda dan dicicil untuk diikutsertakan pada proses klaim periode selanjutnya. Hal ini akan berdampak pada menurunnya jumlah klaim yang didapat oleh Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul pada bulan tersebut. Keterlambatan penyerahan berkas klaim pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul disebabkan karena berkas rekam medis yang kembali dari bangsal rawat inap tidak lengkap sehingga harus dikembalikan untuk dilengkapi oleh dokter yang bertanggung jawab.

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala rekam medis dan petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul, diketahui pula bawa pelaksanaan klaim BPJS dalam hal penyerahan berkas klaim pasien kepada verifikator BPJS masih mengalami keterlambatan sehingga harus di tunda dan masih ada berkas klaim BPJS pasien yang dikembalikan untuk diperbaiki sehingga pekerjaan tidak efektif/efisien. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk

mengangkat topik karya tulis ilmiah “Faktor penyebab keterlambatan klaim BPJS di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut, maka rumusan masalah yang didapatkan adalah “Bagaimana penyebab keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor untuk keterlambatan klaim BPJS pasien Rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui prosedur klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul.
- b. Mengetahui presentase keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul.
- c. Mengetahui faktor penyebab keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul.
- d. Mengetahui upaya rekomendasi / solusi di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan, pertimbangan dan masukan guna mendukung perkembangan teori penyelenggaraan rekam medis terutama keterlambatan klaim BPJS.

2. Manfaat Praktik

a. Bagi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

- 1) Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan yang telah di dapat selama mengikuti perkuliahan Universitas Jenderal Achmad Yani

Yogyakarta, khususnya tentang keterlambatan klaim BPJS pasien rawat inap di sebuah rumah sakit.

- 2) Menambah wawasan dan pengalaman tentang dunia kerja khususnya Rekam Medis yang akan kita hadapi di masa yang akan datang.

b. Bagi Rumah Sakit

- 1) Penelitian ini diharapkan dapat memberikan solusi yang dapat digunakan untuk memperbaiki pengetahuan petugas tentang klaim BPJS di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul.
- 2) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam mengurangi variasi dalam perawatan pasien.
- 3) Meningkatkan komunikasi antar disiplin.
- 4) Menyediakan standar pelayanan kesehatan yang jelas

c. Bagi Institusi pendidikan

- 1) Sebagai bahan pertimbangan dan masukan guna mendukung perkembangan teori penyelenggaraan rekam medis terutama klaim BPJS pasien rawat inap yang diterapkan di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul.
- 2) Menjalin hubungan kerja sama antara pihak kampus dengan pihak Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul.

E. Keaslian Penelitian

Ada beberapa penelitian dengan tema yang sama dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, akan tetapi peneliti-peneliti tersebut mempunyai perbedaan. Penelitian tersebut antara lain:

1. Sophia (2016) meneliti “Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim Kepada Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada Rumkital.Dr.Minatohardjo, DKI Jakarta.. Jenis penelitian adalah deskriptif, yang dilakukan pada tahun 2016 dengan data sekunder dari dokumen 430 kasus pengajuan klaim tahun 2015. Untuk mendukung analisis dilakukan wawancara kepada informan yang dipilih secara purposif. Hasil menunjukkan dari 430 kasus pengajuan klaim yang terlambat terbanyak 133 (30,9%) pada kasus soft tissue tumor, diikuti kecelakaan lalu lintas 101 (23,5%) dan

impacted teeth 57 (13,3 %) atau termasuk kelompok kasus bedah dan gigi, yang dianggap sebagai kasus baru di Rumah Sakit. Persamaan penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Perbedaan dari penelitian ini adalah lokasi dan waktu penelitian.

2. (Noviatri, 2016) meneliti “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho”. Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan rancangan penelitian studi kasus. Hasil penelitian menunjukkan proses pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho sudah lancar tetapi masih terdapat berkas klaim yang diserahkan terlambat. Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor man, machine, method dan faktor material. Persamaan penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan rencana penelitian studi kasus. Perbedaan dari penelitian ini adalah lokasi, waktu penelitian dan sampling.
3. (Megawati & Pratiwi, 2016) meneliti “Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”. Jenis penelitian penelitian kuantitatif survey analitik dengan pendekatan *casecontrol*. Hasil menunjukkan analisis kelengkapan terdapat beberapa berkas syarat yang tidak lengkap yaitu laporan individual pasien dengan persentase ketidaklengkapan 84%. Laporan penunjang dengan persentase ketidaklengkapan 18% dan fotocopy kartu BPJS dengan persentase 7% ketidaklengkapan. Untuk mengetahui hubungan berkas tidak lengkap tersebut dengan faktor pengembalian klaim selanjutnya diuji hubungan dengan menggunakan uji statistik, dihasilkan yang memiliki p - value <0,05 berarti H0 ditolak, yaitu laporan individual pasien (p - value =2,491.10⁻¹¹) dan laporan penunjang (p value =0,0115). Persamaan penelitian ini adalah sama-sama dibagian klaim BPJS dengan pendekatan *casecontrol*. Perbedaan dari penelitian ini adalah lokasi, waktu penelitian, sampling dan jenis penelitian.