

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan yang sangat kompleks, padat profesi dan padat modal. Agar Rumah Sakit dapat melaksanakan fungsinya dengan baik, maka rumah sakit memiliki sumber daya manusia, sarana, prasarana dan peralatan yang memadai serta dikelola secara professional. Rumah Sakit mempunyai fungsi dan tujuan menyelenggarakan kegiatan pelayanan berupa pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan, pelayanan unit gawat darurat, pelayanan rujukan yang mencakup pelayanan rekam medis dan penunjang medis serta dapat dimanfaatkan untuk penelitian bagi para tenaga kesehatan (Rusdiyanto, 2009).

Pelayanan rekam medis merupakan salah satu pelayanan yang terdapat di rumah sakit. Menurut Permenkes No. 269 tahun 2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis memiliki peran dan fungsi yang sangat penting, yaitu sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahkan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan terakhir sebagai bahan untuk pembuatan statistik kesehatan (Hatta, 2012).

Dalam rangka meringankan biaya pelayanan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Permenkes RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional).

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Sistem Jaminan Sosial adalah program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Sistem pembiayaan BPJS kesehatan menggunakan besaran tarif berdasarkan *Indonesian-Case Base Groups* (INA CBGs). Pengelompokan tarif pada INA CBGs didasarkan pada pemberian kode diagnosis ICD-10 dan kode tindakan pada ICD-9 CM. Pelaksanaan Program Jaminan Sosian Kesehatan berlaku di fasilitas pelayanan kesehatan seperti klinik, puskesmas, rumah sakit, dan sebagainya.

Rumah Sakit Bhayangkara merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang sudah menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk menyelenggarakan program JKN. Berdasarkan studi pendahuluan pada 24 Februari 2020 di RS Bhayangkara, peneliti melakukan wawancara dengan salah satu petugas *casemix* yang menyatakan bahwa masih terjadinya klaim pending. Rata-rata klaim yang diajukan perbulan ada 1400 terdiri dari 1200 kasus rawat jalan dan 200 kasus rawat inap. Dari 1400 kasus, ada 48 kasus yang pending klaim dengan kisaran jumlah uang pending hingga dua ratus juta rupiah. Masalah pending klaim berdampak ke pembiayaan mulai dari tertundanya pembayaran jasa tenaga kesehatan, serta terhambatnya pelaporan keuangan. Berdasarkan uraian tersebut peneliti mengambil judul penelitian yaitu “Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhayangkara Yogyakarta.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis ingin mengetahui tentang bagaimana Pelaksanaan Klaim BPJS Sehubungan Masih Terjadinya Pending Klaim di Rumah Sakit Bhayangkara Yogyakarta berdasarkan 5 M (Man, Money, Machine, Materials, Methods).

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
Mengetahui faktor-faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan di RS Bhayangkara Yogyakarta
2. Tujuan Khusus
 - a. Mengetahui alur pelaksanaan klaim BPJS.
 - b. Mengetahui persyaratan klaim BPJS
 - c. Mengetahui faktor-faktor penyebab pending klaim berdasarkan 5 M (*Man, Money, Machine, Materials, Method*)

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit
Sebagai bahan masukan dan evaluasi terkait pending klaim, faktor penyebab, dan pembiayaan rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit kepada pasien.
2. Bagi Peneliti
Dapat digunakan sebagai referensi untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut terkait pembiayaan rumah sakit.
3. Bagi Institusi Pendidikan
Sebagai pengetahuan dan wawasan terkait pembiayaan rumah sakit.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

No	Judul	Peneliti	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan
1.	Tinjauan Pelaksanaan Klaim Asuransi Kesehatan Pasien BPJS Rawat Inap di Puskesmas Sewon I Tahun 2018	Mia Rusvina (2018)	Metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan masih adanya keterlambatan pengklaiman di Puskesmas Sewon I yang dikarenakan dua faktor yaitu sumber daya manusia (SDM) dan sarana dan prasarana.	Objek yang diteliti. Objek yang diteliti dalam penelitian ini adalah klaim rawat inap saja.
2.	Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD	Resti Septiani, Arief Tarmansyah (2016) Dr.	Metode deskriptif dengan pendekatan fenomenologi	Hasil penelitian ini menunjukkan penyebab <i>unclaimed</i> berkas BPJS rawat inap	Metode Penelitian. Penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi.

Soekardjo Tasikmalaya	diantaranya karena kurang disiplinnya SDM, ruangan pengelolaan kurang baik, aplikasi INA- CBGs yang terkadang mengalami error, belum adanya SOP, dan kurangnya monitoring klaim berkas BPJS.
3. Faktor – Puri Faktor Feriawati, Keterlambatan Agus Perry Pengeklaima Kusuma n BPJS di (2015) Rumah Sakit Bhayangkara Semarang Tahun 2015	Metode Deskriptif kualitatif dengan pendekatan cross-sectional Berdasarkan Perbedaan hasil terdapat pengamatan pendekatan Di Rumah metode, Sakit penelitian ini Bhayangkara menggunakan Kota penelitian Semarang cross- belum sectional

terdapat standar Operasional Prosedur yang mengatur prosedur pendaftaran maupun prosedur pengeklaiman khusus untuk pasien BPJS. sedangkan penelitian yang akan dilaksanakan menggunakan pendekatan studi kasus.
