

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang dapat memberikan jaminan kesehatan atau *health coverage* kepada warga Negara Indonesia. Sejak tahun 2014, Indonesia sendiri telah membentuk wadah yang disebut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Adiyanta, 2020). JKN itu sendiri berfungsi untuk mengelola serta memberikan jaminan kesehatan dan perlindungan bagi warga negara Indonesia, salah satu bentuk perlindungan itu adalah perlindungan di bidang kesehatan dengan adanya subsidi pada warga negara yang tidak mampu berupa bantuan premi Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (BPJS). Bentuknya yaitu adanya Sistem Jaminan Sosial Nasional-Kartu Indonesia Sehat (SJSN-KIS) (Adiyanta, 2020).

BPJS telah dibentuk oleh pemerintah dikategorikan sebagai badan yang memberikan perlindungan hukum serta jaminan sosial maupun kesehatan bagi warga negaranya (Artanto, 2018). Hal ini tertuang dalam UU No. 40 Tahun 2004 serta UU No.24 Tahun 2011 bahwasanya fokus dari BPJS yaitu mendukung jaminan sosial maupun kesehatan di Indonesia. Selain itu, BPJS Kesehatan sebelumnya terkenal dengan nama PT Askes. Hal ini disampaikan dari hasil penelitian (Bahar *et al.*, 2021).

Hingga saat ini pemerintah mewajibkan seluruh fasyankes untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dalam tolak ukur mendukung mutu dan kualitas dari BPJS ditemukan permasalahan yang terjadi, yaitu hingga saat ini masih banyak fasyankes yang belum optimal dalam melakukan proses klaim sehingga berpengaruh terhadap operasional rumah sakit, salah satunya pada saat petugas melakukan klaim BPJS seringkali terjadi *pending* klaim. Hal tersebut dilatarbelakangi oleh ketidaklengkapan *form resume* medis, ketidaktepatan koding oleh *coder*, adanya *miss* komunikasi antara casemix rumah sakit dengan BPJS, dan lain sebagainya (Sari, 2020).

Peneliti melakukan rencana pengukuran *pending* pada pasien BPJS kategori rawat inap di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara berdasarkan hasil *literature review* dari jurnal terdahulu selama 3 tahun terakhir. Pada tahun 2020 terdapat hasil penelitian oleh Juli Muroli *et al* (2020) yang menyampaikan bahwa resume medis tidak lengkap sebesar (41,8%), pengodean tidak lengkap sebesar (48,4%), ada juga beberapa item yang tidak bisa diklaim karena tidak lengkap sebesar (29,7%). Sejalan dari hasil oleh Nabila *et al* (2020) menyebutkan bahwa penangguhan klaim disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain ketidaktepatan administrasi medis, hasil *coding* yang tidak layak dan lainnya.

Pada tahun 2021 penelitian dilakukan oleh Santiasih *et al* (2021) diperoleh beberapa rekam medis tidak lengkap dan tidak akurat, hal ini dikarenakan adanya kesalahan *input*, kode diagnosis yang tidak sesuai yang tertuang didalam resume medis, dan ada pula penyebab tidak terklaim rekam medis karena adanya *miss* persepsi mengenai kelengkapan pada berkas klaim antara pihak verifikator *internal* maupun *eksternal*. Dan penelitian terbaru oleh Triatmaja *et al* (2022) menjabarkan beberapa pengukuran *pending* klaim menggunakan metode 5M, unsur *man* yaitu kesulitan membaca diagnosis dokter oleh petugas, unsur *material* yaitu ketidaklengkapan berkas klaim, unsur *methods* yaitu tidak tersedianya SOP tentang pengisian diagnosis, *machine* yaitu computer dan jaringan yang tidak mendukung, dan *money* yaitu petugas tidak dapat mengetahui secara pasti biaya kerugian yang disebabkan karena *pending* klaim. Penelitian terbaru lainnya juga dilakukan Mira Puspaningsih *et al* (2022) didapatkan *pending* klaim dilatarbelakangi karena kode diagnosa yang ditetapkan tidak tepat dan ketidaklengkapan pengisian resume medis.

Sejalan dengan permasalahan diatas, hal tersebut juga terjadi di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara bahwasanya dalam bulan Desember 2022 dan Januari 2023 selalu terjadi *pending* klaim, dari total berkas 2.992 berkas setiap bulannya bervariasi untuk total *pending*. Hal tersebut peneliti dapatkan ketika melakukan studi pendahuluan dengan wawancara dengan salah satu petugas verifikasi BPJS disana. Berdasarkan uraian tersebut, peneliti mengambil judul

penelitian Telaah *Pending* Klaim Rekam Medis Rawat Inap (Ranap) di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara.

### **B. Rumusan Masalah**

Mengacu pada permasalahan diatas, maka peneliti berencana mengangkat topik Telaah *Pending* Klaim Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara.

### **C. Tujuan Karya Ilmiah**

#### 1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk Menelaah *Pending* Klaim Rekam Medis Ranap di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara.

#### 2. Tujuan Khusus

Pada penelitian ini terdapat 2 tujuan khusus, yaitu :

1. Mengukur Persentase Berkas *Pending* Klaim Rekam Medis di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara.
2. Mengetahui Faktor-Faktor Penyebab *Pending* Klaim Rekam Medis di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Peneliti

Sebagai sarana *update* ilmu dan pemahaman penulis mengenai Permasalahan Klaim BPJS, serta dapat digunakan sebagai langkah pengimplementasian ilmu yang telah diperoleh sebelumnya.

#### 2. Bagi Instansi / Akademik

Dapat digunakan untuk sumber referensi tambahan bagi peneliti selanjutnya jika akan mengambil topik penelitian serupa atau sama.

#### 3. Bagi Rumah Sakit

Dapat dimanfaatkan sebagai bahan kajian evaluasi terkait permasalahan *Pending* Klaim Rekam Medis Ranap di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara.