

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berkembang di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial sebagai bentuk perlindungan sosial terhadap masyarakat. Sistem ini memberi jaminan perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh masyarakat dimana dapat dijamin haknya untuk hidup dengan layak jika terjadi situasi yang tidak menguntungkan dan mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, baik karena kecelakaan, sakit, kehilangan pekerjaan, usia lanjut atau pensiun (Kadarisman, 2015). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk bertujuan untuk menyelenggarakan suatu program jaminan kesehatan yang diberlakukan sejak tanggal 1 Januari 2014 (Kemenkes, 2013).

BPJS Kesehatan memiliki hubungan kerja sama dengan rumah sakit milik pemerintah maupun milik swasta dengan cara membuat Perjanjian Kerja Sama (PKS). Hubungan yang terjalin adalah hubungan atas hukum yang resmi dan sah serta mencakup hak dan kewajiban yang harus dipatuhi selama masa perjanjian. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2014a) menjelaskan bahwa rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim setelah memberikan pelayanan kepada peserta dan BPJS Kesehatan wajib melakukan penggantian biaya klaim kepada faskes.

Klaim merupakan suatu proses pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, secara kolektif dan ditagih kepada pihak BPJS Kesehatan pada setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Agiwahyunto (2019) menyatakan bahwa permasalahan yang timbul dari pembayaran klaim dapat mengganggu aliran rumah sakit. Salah satu penyebab terlambatnya suatu pembayaran kewajiban pengawas, pemasok, dan memangkas biaya pemeliharaan dapat terjadi karena pengembalian berkas klaim yang dilakukan oleh pihak BPJS. Oleh karena itu, upaya pencegahan perlu dilakukan agar

pembayaran klaim tidak terhambat dan proses pelayanan rumah sakit dapat berjalan secara optimal (Shobirin, 2007).

Pengembalian berkas pengajuan klaim BPJS merupakan berkas yang telah diajukan ke pihak verifikator untuk dilakukan pengklaiman namun harus dikembalikan oleh pihak verifikator BPJS karena beberapa faktor yang dapat menjadi kendala pada proses penagihan. Kendala pada proses penagihan oleh pihak Rumah Sakit kepada pihak BPJS Kesehatan sebagian besar karena berkas klaim dinyatakan tidak layak oleh BPJS Kesehatan sesuai alur pengajuan klaim (Kusumawati, 2016). Penelitian sebelumnya yang dilakukan di 4 rumah sakit yang berbeda menemukan bahwa masih terdapat pengembalian berkas klaim BPJS yang dapat ditunjukkan dalam tabel 1.1.

Tabel 1.1 Jumlah Pengembalian berkas pengajuan klaim BPJS

No	Peneliti	Tempat Penelitian	Jumlah Pengembalian
1	Megawati dkk (2016)	RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta	38 berkas
2	Manaida dkk (2016)	RSU Pancaran Kasih GMIM Manado	205 berkas
3	Irmawati dkk (2017)	RSUD R.A Kartini Jepara	49 berkas
4	Arikusnadi dkk (2020)	RS Bhayangkara Palu	138 berkas

Dalam tabel diatas dapat disimpulkan bahwa di setiap rumah sakit yang dilakukan penelitian masih terdapat berkas pengajuan klaim yang dikembalikan. Pengisian berkas pengajuan klaim BPJS yang tidak lengkap dapat menjadi salah satu penyebab pengembalian berkas pengajuan klaim (Megawati, dkk. 2016).

Faktor yang menyebabkan pengembalian berkas pengajuan klaim BPJS sebenarnya sudah pernah dibahas oleh beberapa jurnal. Menurut Tawar (2022) untuk memahami aspek-aspek penting dalam penerapannya, diperlukan kompetensi yang tidak hanya berfokus pada sistem tetapi berfokus juga kepada lingkungan pendukungnya. HOT Fit tidak hanya berfokus pada komponen sistem yang dievaluasi sendiri, tetapi juga pada komponen pendukung tambahan. Terdapat beberapa aspek pendukung diantaranya *human* atau manusia, organisasi dan teknologi.

Adapun faktor yang menjadi penyebab pengembalian berupa *human* ialah banyak perawat dan DPJP yang sering salah dalam mengisi tanggal masuk dan tanggal keluar perawatan, berkas tidak terisi diagnosa penyakit dan perlu konfirmasi dari dokter yang bertanggungjawab, diagnosa dokter yang tidak tepat, perbedaan koding antara rumah sakit dan koding BPJS dan hasil pemeriksaan penunjang yang tidak ada berkasnya (Manaida, dkk. 2016). Ningtyas, dkk (2019) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara ketepatan reseleksi kode diagnosis utama dengan pembiayaan di rumah sakit.

Faktor penyebab pengembalian berupa *Organization*, pembentukan tim pengelolaan berkas klaim sangat membantu petugas namun dengan tugas dan fungsi yang masih belum terperinci sehingga satu petugas melakukan lebih dari satu pekerjaan (Nurdiah & Iman, 2016). Faktor penyebab pengembalian berupa *Technology*, susahny jaringan mempengaruhi proses pengentrian data BPJS menjadikan berkas terlambat untuk dikirim dan dikembalikan lagi oleh pihak BPJS karena sudah melewati batas pengiriman. Keterlambatan pengentrian klaim disebabkan oleh aplikasi dan jaringan internet yang sering bermasalah, aplikasi belum bridging antara INA-CBG's dan SIMRS, dan masih ada rumah sakit yang belum memiliki billing system (Sophia & Darmawan, 2017)

Adapun dampak yang dapat timbul akibat pengembalian berkas klaim rawat inap menurut penelitian Megawati dkk (2016) adalah menjadikan petugas bekerja dua kali untuk meneliti kembali berkas yang dikembalikan agar mengetahui secara spesifik faktor yang mempengaruhi pengembalian berkas. Penelitian Irmawati dkk (2017) menyebutkan bahwa pelaporan klaim dapat menjadi tertunda dan proses penggantian biaya pelayanan rumah sakit menjadi tertunda pula apabila berkas pengajuan klaim mengalami pengembalian. Jika dibiarkan terus-menerus, maka dapat menyebabkan kerugian bagi pihak rumah sakit dan menghambat proses pelayanan pasien karena pengembalian berkas klaim juga akan menghambat pembiayaan operasional rumah sakit (Silviana, 2010).

Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan literature review dengan judul “Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Pengembalian Berkas Pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit”.

1.2 Rumusan Masalah

Pertanyaan dalam penelitian atau rumusan masalah dibuat dengan menggunakan metode PICO (*Population/Patient/Problem/Program, Intervention, Comparison, Outcome*).

Tabel 1.2 Rumusan masalah menggunakan metode PICO

	METODE PICO
P (<i>Patient/Population/Problem</i>)	Berkas Pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap
I (<i>Intervention/Prognostic Factor/Exposure</i>)	Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Pengembalian
C (<i>Comparison/Control</i>)	-
O (<i>Outcome</i>)	Faktor-faktor penyebab terjadinya pengembalian berkas pengajuan klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit

Rumusan masalah disusun menggunakan metode PICO, dimana P=Berkas pengajuan klaim BPJS rawat inap, I=Faktor penyebab, O=Faktor-faktor penyebab terjadinya pengembalian berkas pengajuan klaim BPJS rawat inap, maka rumusan masalah yaitu apakah faktor yang menyebabkan terjadinya pengembalian berkas pengajuan klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor penyebab terjadinya pengembalian berkas pengajuan klaim BPJS rawat inap di rumah sakit.

1.4 Manfaat Penelitian

2.3.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan mengenai analisis terjadinya pengembalian berkas pengajuan klaim BPJS rawat inap, serta secara teoritis dapat juga dipelajari di bangku perkuliahan.