

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit yang bekerjasama dengan pemerintah, pembebanan biaya pengobatan kepada pasien ditetapkan dan diatur oleh pemerintah. Hal ini menghindarkan pihak pemberi layanan kesehatan untuk sewenang-wenang menentukan biaya pengobatan pasien yang tercakup dalam JKN (Jaminan Kesehatan Nasional, Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013). Pemerintah menetapkan JKN berskala nasional, yang mencakup pembiayaan, kepesertaan, pelayanan kesehatan sebagai badan penyelenggara dan pengorganisasiannya (Perpres No. 64 Tahun 2020).

Dalam pelaksanaan JKN, BPJS Kesehatan menerapkan pembayaran kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's). Sistem ini mengelompokkan beberapa penyakit dengan gejala atau ciri yang serupa serta penggunaan sumber daya yang seragam dalam biaya perawatan, serta tindakan pelayanan di rumah sakit yang berkaitan dengan tujuan untuk meningkatkan mutu dan efektivitas layanan terhadap pasien di fasilitas kesehatan (Peraturan Presiden No 12 tahun 2013 pasal 39 ayat 3).

Proses klaim BPJS dengan menggunakan sistem pembayaran tersebut tentu saja sangat berpengaruh terhadap keberlangsungan sebuah rumah sakit, dikarenakan proses klaim berkaitan sangat erat dengan pendapatan dan pengeluaran sebuah rumah sakit. Proses tersebut berkaitan dengan pengisian data kelengkapan rekam medis pasien, terutama pasien BPJS yang pelaksanaannya menerapkan sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan INA-CBG's. Sistem ini mengelompokkan penyakit-penyakit dengan gejala atau ciri yang serupa serta penggunaan sumber daya yang seragam dalam biaya perawatan. Tujuan sistem ini adalah untuk meningkatkan mutu dan efektivitas layanan pasien di rumah sakit, dengan mengatur prosedur atau tindakan pelayanan yang berkaitan dalam pengolahan data rekam medis yaitu proses kodifikasi (*Coding*).

Kodifikasi digunakan untuk melakukan verifikasi yang meliputi kelengkapan penunjang obat kronis, jika data tersebut tidak lengkap tidak layak untuk di klaim BPJS. Berdasarkan data kelengkapan pasien BPJS Bulan Desember 2023 total pasien 1684, dimana data kelengkapan pasien BPJS berjumlah 1435 pasien atau 85% dan 249 jumlah pasien tidak lengkap atau 15%, sehingga jika hal tersebut tidak dilengkapi akan berdampak terhadap kelayakan klaim secara khusus dan juga berdampak terhadap pendapatan RS tersebut secara umumnya.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai analisis kelengkapan persyaratan obat kronis BPJS dengan judul *“Analisis Kelengkapan Penunjang Klaim Obat Kronis BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Bandung”*.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dijelaskan diatas rumusan masalah adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana kelengkapan penunjang obat kronis agar dapat di klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit umum daerah kab. Bandung?
2. Berapa persentase ketidaklengkapan penunjang obat kronis agar dapat di klaim BPJS di rumah sakit umum daerah kab. Bandung?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui kelayakan kelengkapan penunjang obat kronis agar dapat di klaim BPJS di rumah sakit umum daerah kab. Bandung.
2. Untuk mengetahui persentase ketidaklengkapan penunjang obat kronis agar dapat di klaim BPJS di rumah sakit umum daerah kab. Bandung.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini secara khusus memberikan saran dalam menyikapi masalah keterlambatan klaim obat kronis BPJS Kesehatan bagi pihak RSUD Al Ihsan, serta

umumnya menambah referensi keilmuan bagi Universitas Bhakti Kencana tentang analisi proses pengajuan klaim obat kronis BPJS Kesehatan. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi bahan acuan yang berguna untuk menambah wawasan bagi mahasiswa, khususnya di bidang ini, serta masyarakat umum, serta membantu dalam penerapan ilmu yang diperoleh selama belajar di bangku perkuliahan bagi penulis.