

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

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

Implementasi penyelenggaraan rekam medis wajib dilakukan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, menyediakan layanan kesehatan perseorangan secara keseluruhan melalui layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan memberikan layanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat<sup>1</sup>. Dalam penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit, dokumen rekam medis harus diisi dengan lengkap dan akurat. Sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2022 tentang rekam medis, pasal 16 ayat (2) yang menyatakan bahwa, pencatatan dan dokumentasi rekam medis harus lengkap, jelas, dan dilakukan dengan mencantumkan nama, waktu, dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi perawatan<sup>2</sup>.

Salah satu aspek krusial dalam pengelolaan rekam medis adalah proses pengkodean pada diagnosa pasien dan tindakan medis yang dilakukan<sup>3</sup>. Pengkodean dalam rekam medis melibatkan pemberian kode alfanumerik pada berbagai komponen data pasien, untuk mengklasifikasikan data secara sistematis<sup>4</sup>. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang rekam medis pasal 13 ayat (1) huruf e menyatakan bahwa, data hasil pengkodean harus diinput ke dalam aplikasi pembayaran INA-CBG'S. Proses pengkodean ini dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten, dengan mengacu pada standar internasional ICD-10 dan ICD-9 CM untuk mengkode penyakit dan tindakan medis, sesuai dengan pedoman yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 yang menjelaskan terkait kewajiban dan peran seorang koder<sup>2</sup>.

Pentingnya kelengkapan dan keakuratan kode diagnosa dan tindakan ternyata sangat berdampak terhadap pembiayaan klaim di Rumah Sakit. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat menegaskan bahwa,

bilamana terdapat persyaratan yang tidak terpenuhi, atau persyaratan tidak lengkap dan akurat, maka dapat berpengaruh pada tingkat keberhasilan proses klaim<sup>5</sup>. Keakuratan kode diagnosa dan tindakan merupakan salah satu bagian integral dari persyaratan dalam keberhasilan klaim. Kode yang tepat tidak hanya memastikan kesesuaian pelayanan medis dengan pembiayaan klaim, tetapi juga mempercepat proses verifikasi dan mengurangi risiko penolakan klaim<sup>6</sup>.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu program pemerintah Indonesia untuk memenuhi hak-hak masyarakat dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai<sup>7</sup>. Program JKN ini dikelola oleh BPJS Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional menyatakan bahwa, JKN adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dioperasikan melalui mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib. Program JKN dirancang untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang dapat diakses oleh setiap individu, baik yang menjadi peserta aktif maupun peserta penerima bantuan iuran oleh pemerintah<sup>8</sup>.

Dalam rangka optimalisasi program JKN, pemerintah telah menerapkan sistem *Casemix INA-CBG's (Indonesia Case Base Group's.)*. Sistem tersebut berfungsi sebagai mekanisme pengajuan klaim pembayaran Rumah Sakit sebagai penyedia layanan kesehatan yang berperan penting dalam mengklasifikasikan diagnosa penyakit. INA-CBG's memberikan manfaat yang besar bagi Rumah Sakit, dimana Rumah Sakit dapat meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan kesehatan. Dengan menerapkan sistem INA-CBG's perhitungan tarif layanan dapat lebih akurat dan sesuai dengan biaya sebenarnya<sup>9</sup>.

Klaim BPJS Kesehatan merupakan permintaan pembayaran secara berkala dari pihak Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan atas biaya pengobatan dan perawatan pasien peserta BPJS yang telah ditanggung<sup>10</sup>. Proses pengajuan klaim didasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan

Nomor 26 tahun 2021, menggunakan sistem kodefikasi ICD-10 dan ICD-9 CM untuk mengkode penyakit dan tindakan medis, sebagai acuan dalam menentukan kelompok pembayaran INA-CBG'S<sup>11</sup>. Proses pengajuan klaim di Rumah Sakit harus melengkapi semua persyaratan yang diminta oleh BPJS Kesehatan seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), *resume* medis, keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, dan bukti pelayanan lainnya. Apabila persyaratan klaim tidak lengkap atau tidak sesuai dengan persyaratan, maka klaim tersebut akan ditolak dan dikembalikan ke Rumah Sakit untuk dilengkapi. Setelah dinyatakan lengkap, klaim kemudian akan diverifikasi dan diproses kembali pembayarannya<sup>10</sup>.

Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan melibatkan beberapa tahapan, mulai dari pengkodean hingga verifikasi klaim. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2014 yang kini telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan menyatakan bahwa, di Indonesia per tanggal 1 Januari 2014 diberlakukan tarif INA-CBG's dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)<sup>12</sup>. Besaran biaya klaim dapat diketahui setelah melakukan input kode dalam Sistem INA-CBG's, karena keakuratan kode merupakan salah satu hal penting untuk menentukan besaran biaya yang akan dibayarkan ke Rumah Sakit sehingga pengajuan klaim dapat dilakukan. Tahap akhir dari proses ini adalah verifikasi klaim, yang bertujuan untuk memastikan bahwa semua pelayanan yang tercantum dalam klaim telah sesuai dengan ketentuan dan benar-benar diberikan kepada pasien. Proses verifikasi klaim dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan, yang bertugas memeriksa dokumen klaim yang diterima dan menentukan jumlah klaim yang diajukan, selanjutnya pihak Rumah Sakit menyusun laporan penagihan untuk dikirimkan ke kantor cabang BPJS Kesehatan. Hasil akhir dari verifikasi klaim adalah penentuan status klaim, yang meliputi klaim layak, klaim tidak layak/ pending, dan klaim *dispute*<sup>6</sup>.

Pada kenyataannya, proses pengajuan klaim masih sering mengalami pending yang menjadi masalah utama dalam proses verifikasi klaim BPJS kesehatan. Pending klaim merupakan pengembalian dokumen klaim yang tidak sesuai atau belum lengkap yang telah dikirimkan kepada pihak BPJS kesehatan, sehingga dari pihak petugas *casemix* perlu meneliti dan melengkapi kembali dokumen tersebut dan dikirimkan kembali ke pihak BPJS kesehatan<sup>13</sup>. Kasus pending klaim dapat berdampak pada pembiayaan Rumah Sakit karena tertundanya pembayaran klaim dapat mengganggu arus keuangan Rumah Sakit. Pending klaim juga dapat menghambat pembayaran kewajiban pengawas, pemasok, gaji pegawai, serta memangkas biaya pemeliharaan Rumah Sakit<sup>14</sup>.

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh (Tambunan *et al.*, 2022), disebutkan bahwa total dokumen klaim rawat inap yang dikembalikan oleh BPJS kesehatan karena pending di RSUD Tarakan sebanyak 532 dokumen klaim pada periode Mei hingga November 2021. Temuan penelitian menunjukkan faktor penyebab pending klaim rawat inap di RSUD Tarakan yaitu ketidaksesuaian diagnosa antara Rumah Sakit dengan BPJS kesehatan yang disebabkan perbedaan persepsi pengkodean diagnosa, serta kekurangan dokumen administrasi dan penunjang medis<sup>15</sup>. Adapun hasil penelitian yang dilakukan oleh (Ubaidillah *et al.*, 2022), diketahui bahwa jumlah dokumen klaim rawat inap yang diajukan ke BPJS kesehatan pada periode triwulan IV tahun 2022 adalah sebanyak 1.693 dokumen, dan terdapat 105 dokumen yang terkena status pending. Hasil penelitian tersebut mengungkap bahwa faktor penyebab terbanyak adalah faktor medis, dengan jumlah 64 dokumen (61,0%) yang disebabkan oleh kurang lengkapnya data pasien pada *resume* medis serta ketidaksesuaian antara tindakan tindakan dengan diagnosa yang ditetapkan. Faktor lain adalah pending administrasi sebanyak 15 dokumen (14,0%) karena adanya ketidaksesuaian antara kelas rawat pasien dengan kelas rawat yang dicantumkan, serta pending atas rawat inap sebelumnya yang belum dikonfirmasi. Sementara itu, faktor pending koding sebanyak 26 dokumen

(25,0%) disebabkan oleh ketidaktepatan pengkodean diagnosa. Kasus pending klaim yang masih saja terjadi tidak hanya menghambat pembiayaan Rumah Sakit, tetapi juga berpotensi menimbulkan kerugian finansial yang signifikan, serta menghambat pengembangan pelayanan kesehatan<sup>10</sup>.

Rumah Sakit X Kota Cirebon merupakan Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan menggunakan Jaminan Pelayanan Kesehatan (JKN). Kasus pending klaim menjadi salah satu permasalahan yang dihadapi oleh Rumah Sakit X Kota Cirebon, dengan jumlah kasus yang dapat mencapai 26% dari total kunjungan pasien rawat inap setiap bulan. Kondisi ini berpotensi menghambat proses pembiayaan klaim di Rumah Sakit, sehingga perlu segera ditangani. Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian berjudul *“Tinjauan Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Cirebon Pada Triwulan III Tahun 2024”*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jumlah dan persentase pending klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Cirebon Pada Triwulan III tahun 2024 ditinjau dari aspek coding, aspek medis, dan aspek administratif, dengan fokus utama pada aspek coding.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, peneliti merumuskan permasalahan yaitu “Bagaimana kasus pending klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Cirebon Pada Triwulan III Tahun 2024 ditinjau dari aspek coding, aspek medis dan aspek administratif?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui penyebab pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit X Kota Cirebon Pada Triwulan III tahun 2024 ditinjau dari aspek coding, aspek medis, dan aspek administratif.

## 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Untuk mengetahui jumlah dan persentase pending klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Cirebon Pada Triwulan III Tahun 2024
- b. Untuk mengetahui jumlah dan persentase pending klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Cirebon Pada Triwulan III tahun 2024 ditinjau dari aspek coding, aspek medis, dan aspek administratif, dengan fokus utama pada aspek coding.

## D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk pihak praktis maupun teoritis. Adapun manfaat penelitian ini adalah:

### 1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi bagi pihak Rumah Sakit mengenai penyebab kasus pending klaim BPJS rawat inap.

### 2. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan dapat dijadikan referensi bagi peneliti lain jika akan melakukan penelitian khususnya mengenai tinjauan penyebab kasus pending klaim BPJS rawat inap ditinjau dari aspek coding, aspek medis, dan aspek administratif.

## E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

| Peneliti                                        | Judul Penelitian                                                                                                     | Metode Penelitian                         | Variabel                                                                                                                                       | Letak Perbedaan                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Utami., <i>et al</i> , 2024) <sup>13</sup>     | Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Dengan Penerapan Rekam Medis Elektronik di RSUD Dr. Moewardi Surakarta | Deskriptif dengan pendekatan retrospektif | faktor-faktor penyebab terjadinya pending klaim BPJS rawat inap, jumlah dan persentase pending klaim per bulan                                 | Perbedaan terletak pada variabel yang diteliti, serta tempat dan waktu penelitian                                                                |
| (Salima & Zein, 2023) <sup>5</sup>              | Analisis Faktor Penyebab Pending Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Tahun 2023    | Kuantitatif Deskriptif                    | faktor-faktor penyebab terjadinya klaim pending berdasarkan aspek koding, medis, dan administrasi pada klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan. | Penelitian ini sama – sama meneliti berdasarkan aspek koding, medis, dan administrasi, namun perbedaan terletak pada tempat dan waktu penelitian |
| (Ubaidilla., <i>et al</i> , 2022) <sup>10</sup> | Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD Raa Soewondo Pati Periode Triwulan IV Tahun 2021      | Deskriptif                                | tindakan pengajuan klaim, persyaratan klaim, jumlah klaim, dan faktor penyebab pending klaim BPJS rawat inap                                   | Perbedaan terletak pada variabel yang diteliti, serta tempat dan waktu penelitian                                                                |
| (Tambunan., <i>et al</i> , 2022) <sup>15</sup>  | Tinjauan Faktor Penyebab Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Tertunda Di RSUD Tarakan                                    | Deskriptif dengan pendekatan kuantitatif  | Jumlah dokumen klaim rawat inap BPJS yang tertunda, serta faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya keterlambatan klaim.                       | Perbedaan terletak pada variabel yang diteliti, serta tempat dan waktu penelitian                                                                |

| <b>Peneliti</b>                                | <b>Judul Penelitian</b>                                                                                                        | <b>Metode Penelitian</b>                | <b>Variabel</b>                                                       | <b>Letak Perbedaan</b>                                                                                         |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Mukaromah S & Syaikhul W, 2020) <sup>16</sup> | Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Jalan Guna Menunjang Kelancaran Pembayaran Pelayanan Kesehatan Di RSUD Kota Bandung | Kualitatif dengan pendekatan deskriptif | faktor-faktor penyebab klaim pasien pending rawat inap BPJS Kesehatan | Perbedaan terletak pada metode penelitian yang digunakan yaitu metode Kualitatif dengan pendekatan deskriptif. |