

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Rumah sakit sebagai lembaga pelayanan kesehatan harus memastikan bahwa sistem rekam medis yang telah diterapkan berjalan dengan baik guna mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Rekam medis sendiri merujuk pada kumpulan dokumen yang memuat informasi terkait identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, serta pemeriksaan penunjang lainnya yang telah diterima oleh pasien pasien.<sup>1</sup> Keberadaan rekam medis di rumah sakit memiliki peran dan fungsi yang sangat vital dalam proses pelayanan kesehatan salah satu peran dan fungsinya yaitu dapat menyediakan informasi mengenai Kesehatan pasien bagi pemberi pelayanan seperti dokter, perawat, apoteker, dan tenaga Kesehatan yang telah berkontribusi dalam memberikan pelayanan Kesehatan kepada pasien.<sup>2</sup> Dalam hal pengobatan pasien agar saat proses pemberian obat tidak terjadi kesalahan maka harus ada catatan medis yang jelas, rekam medis juga dapat dipergunakan sebagai bukti untuk kepentingan hukum apabila terjadi kelalaian, maka tenaga Kesehatan wajib bertanggungjawab atas kelalaian tersebut, bahkan untuk kepentingan Pendidikan dan penelitian dalam bidang profesi, dan sebagai dasar bukti untuk pembayaran biaya pelayanan kesehatan kepada pihak asuransi kesehatan.<sup>3</sup> Catatan medis yang telah diisi oleh dokter, dokter gigi, atau tenaga Kesehatan lainnya yang terlibat dapat dijadikan bahan untuk menetapkan berapa besar biaya pelayanan yang akan dibayarkan oleh pasien ataupun pihak asuransi Kesehatan.<sup>2</sup>

Jaminan kesehatan adalah sebuah bentuk perlindungan kesehatan yang memastikan peserta mendapatkan manfaat perlindungan kesehatan dan pemeliharaan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Program ini tersedia bagi setiap individu yang telah membayar iuran individu atau iuran

yang ditanggung oleh pemerintah.<sup>4</sup> Program jaminan kesehatan nasional ini mempunyai tujuan yaitu untuk memastikan perlindungan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, sehingga mereka dapat menjalani kehidupan yang sehat, produktif, dan mencapai kesejahteraan.<sup>5</sup> BPJS Kesehatan akan menanggung biaya kebutuhan medis dasar setiap individu yang telah menjadi peserta BPJS Kesehatan melewati proses klaim yang disampaikan pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan.<sup>6</sup> Sebagai bagian dari upaya pengendalian mutu, pengendalian biaya, dan pencegahan dalam penyalahgunaan layanan di fasilitas kesehatan, program Jaminan Kesehatan Nasional harus turut menyertakan acuan pengenaan biaya dan selisih biaya dalam rangka untuk meningkatkan kesinambungan dan kualitas program.<sup>7</sup>

Biaya klaim ditangani dengan cara kolektif yang ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya.<sup>8</sup> Rumah sakit harus menunjukkan berkas-berkas kelengkapan medis sebagai persyaratan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN dapat berpengaruh pada proses penggantian biaya pelayanan kesehatan. Kelengkapan dokumen klaim JKN pada rumah sakit meliputi identitas pasien beserta resume medis. Secara lengkap dokumen yang dibutuhkan yaitu, *fotocopy* kartu BPJS Kesehatan, surat rujukan, Surat Eligibilitas Pasien (SEP), surat keterangan rawat inap, resume medis yang tercantum diagnosa dan prosedur yang telah dilakukan dan telah ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), surat pernyataan, dan biaya yang harus dibayar. Selanjutnya BPJS Kesehatan akan memverifikasi klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang sudah memenuhi persyaratan klaim, sementara berkas yang belum memenuhi kriteria harus dikirim Kembali kepada ke rumah sakit untuk diperiksa kembali mengenai kekurangan berkastersebut.<sup>9</sup>

*Indonesian case based group* (INA-CBG's) merupakan mekanisme pembayaran yang membebaskan biaya yang dikenakan adalah berdasarkan tiap diagnosis yang diberikan, bukan dikarenakan per jenis pelayanan medis dan non medis kepada pasien dalam upaya pengobatan suatu

penyakit. Besar kecilnya biaya yang dikeluarkan ditentukan berdasarkan jenis penyakit yang diderita oleh pasien. Jenis sistem pembiayaan ini rumah sakit diwajibkan untuk meminta pembayaran terkait layanan yang diberikan kepada pasien yang tercakup dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).<sup>10</sup> Sistem pembayaran *Indonesian-Case Based Groups* (INA-CBGs) digunakan untuk mengelola proses administrasi klaim dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan.<sup>11</sup> Tarif INA-CBGs merupakan jumlah yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada pihak rumah sakit mengenai paket layanan yang sesuai dengan klasifikasi diagnosis dan tindakan.<sup>12</sup> Sistem pembayaran INA-CBG's yang diatur oleh BPJS Kesehatan harus melewati tahap verifikasi berkas. Verifikator BPJS Kesehatan yang bertugas memverifikasi berkas administrasi yang harus dipertanggungjawabkan demi memelihara kualitas layanan dan efisiensi biaya pelayanan Kesehatan untuk peserta BPJS Kesehatan, terlebih dahulu melakukan pemeriksaan berkas klaim yang ingin diajukan oleh pihak rumah sakit.<sup>13</sup> Rumah sakit telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk sistem pembiayaan, namun dalam pelaksanaannya masih menemui beberapa kendala yang terjadi, permasalahan yang sering ditemukan yaitu pending klaim. Pending klaim ini dapat menyebabkan keterlambatan penerimaan klaim dari pihak BPJS Kesehatan yang dapat mempengaruhi keuangan rumah sakit. Hal ini juga dapat berdampak pada ketidaktepatan waktu pembagian jasa layanan medis yang dilakukan oleh dokter dan tenaga Kesehatan lainnya mencakup berbagai bentuk perawatan dan penanganan yang bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan pasien, yang akan berdampak pada pembiayaan dan operasional layanan rumah sakit. Keterlambatan pengajuan klaim dapat berdampak pada arus kas rumah sakit, sehingga dapat menimbulkan masalah seperti kesulitan dalam melakukan pembayaran persediaan farmasi.<sup>14</sup> Terjadinya pending klaim di beberapa rumah sakit memiliki beberapa faktor-faktor seperti, berkas rekam medis yang belum lengkap, Kekurangan data pendukung untuk penegakan diagnosis seperti tidak ada hasil pemeriksaan penunjang dan lembar operasi, ketidaktepatan

dalam penempatan diagnosis utama dan diagnosis sekunder, ketidaksesuaian persepsi antara *coder* pihak rumah sakit dengan petugas verifikator BPJS Kesehatan menjadi penyebab ketidaktepatan dalam penulisan diagnosis dan tindakan<sup>15</sup>.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya yang berhubungan dengan pending klaim BPJS, yaitu penelitian yang dilakukan oleh<sup>16</sup> dengan judul Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Di RSUD Haji Surabaya. Pada penelitian tersebut telah teridentifikasi bahwa terdapat kendala pada berkas klaim yang pending. Hal ini disebabkan oleh kelengkapan berkas klaim yang tidak memadai, kesalahan dalam penetapan kode diagnosa akibat perbedaan pemahaman antara pihak *coder* rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan, dan belum ada Standar Operasional Prosedur (SOP) mengenai alur proses klaim BPJS<sup>16</sup>. Penelitian yang dilakukan oleh<sup>44</sup> mengenai analisis pending klaim BPJS berdasarkan aspek koding, dalam penelitian ini terdapat 176 data klaim BPJS Rawat Inap yang tertunda (5,47%) dari total 3.219 berkas pengajuan klaim di RS Qim Batang pada Triwulan 4 Tahun 2022. Penundaan klaim ini disebabkan oleh masalah pada kode diagnosis dan tindakan, kendala administrasi, serta kasus medis.

Berdasarkan studi pendahuluan di Rumah Sakit Sumber Hurip kepada kepala rekam medis dan Dokter JKN diperoleh data klaim pending setiap bulannya rata-rata sebanyak 1000 berkas di unit rawat inap dan rawat jalan, sedangkan untuk rawat inap sendiri ditemukan rata-rata 100 berkas yang pending setiap bulannya. Berdasarkan permasalahan yang telah dibahas diatas, peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai Analisis Pending Klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Sumber Hurip. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis jumlah dan persentase pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap dari berbagai aspek administrasi, aspek koding, dan aspek medis.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan pada latar belakang,

rumusan masalah yang dapat diajukan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana kasus Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit Sumber Hurip berdasarkan aspek administrasi, aspek coding, dan aspek medis?”.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan umum

Untuk mengetahui penyebab terjadinya pending klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Sumber Hurip Kabupaten Cirebon Tahun 2025.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui tahapan alur klaim BPJS Kesehatan di unit klaim rawat inap Rumah Sakit Sumber Hurip Kabupaten Cirebon
- b. Untuk mengetahui jumlah dan persentase pending klaim rawat inap berdasarkan aspek administrasi
- c. Untuk mengetahui jumlah dan persentase pending klaim rawat inap berdasarkan aspek coding
- d. Untuk mengetahui jumlah dan persentase pending klaim rawat inap berdasarkan aspek medis

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai referensi dan memberikan kontribusi bahan evaluasi pengelolaan pending klaim rawat inap BPJS Kesehatan Rumah Sakit Sumber Hurip Kabupaten Cirebon.

#### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah acuan literatur mengenai terjadinya pending klaim di suatu unit rawat inap.

#### 3. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi bagi penelitian selanjutnya serta dapat menambah ilmu pengetahuan di bidang manajemen mutu pelayanan kesehatan.

## E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul Peneliti	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Letak Perbedaan
1	Wayan Ary Santiasih, Asyiah Simanjorang, Beni Satria. 2021	Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Dr. Rm Djoelham Binjai	Penelitian kualitatif	Pending klaim pasien rawat inap, proses verifikasi klaim, kinerja petugas, dan dampak pending klaim	Mengidentifikasi penyebab, dampak, dan upaya terjadinya pending klaim di suatu rumah sakit.
2	Fani Farhansyah, Hanidfah Cahyani, Juwittra Amanda. 2024	Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit X	Penelitian deskriptif kuantitatif	Variabel bebas: ketidaklengkapan dokumen, ketidaktepatan koding diagnosa dan tindakan medis Variabel terikat: Pending klaim BPJS Kesehatan	Mengidentifikasi faktor penyebab pending klaim berkas pasien rawat jalan periode triwulan I
3	Aldi Pratama, Harry Fauzi, Zahrasita Nur Indira, Prisai Purnama Adi	Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr Soedirman Kebumen	Penelitian kuantitatif	Variabel bebas: persepsi kode diagnosis, kinerja petugas, kebijakan klaim Variabel terikat: pending klaim BPJS Kesehatan	Penelitian mengenai pending klaim akibat perbedaan persepsi coder verifikator rumah sakit dengan BPJS kesehatan
4	Salma Firyal Nabila, Maya Weka Santu, Atma Deharja. 2020	Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	Penelitian kualitatif	Proses administrasi, SDM, SOP terkait permasalahan pending klaim	Mengidentifikasi faktor penyebab pending klaim berdasarkan input dan prosesnya.
5	Ahmad Ubaidillah, H. Ngestiono, Natalia Kristiani, Asih Prasetyowati. 2021	Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Raa Soewondo Pati Periode Triwulan IV Tahun 2021	Penelitian kualitatif deskriptif	Faktor penyebab pending klaim, dampak pending klaim, upaya evaluasi rumah sakit.	Mengidentifikasi berkas klaim yang pending akibat pending administrasi, pending medis, dan pending koding.