

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik mengatur bahwa rekam medis elektronik memuat data identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, serta berbagai layanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien. Dengan demikian, seluruh informasi terkait kondisi kesehatan pasien, mulai dari saat kedatangan di fasilitas kesehatan, proses perawatan, hingga kepulangan pasien, akan tercatat dan tersimpan dalam sistem rekam medis elektronik.¹

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia sesuai dengan ketentuan undang-undang. BPJS terdiri dari dua jenis, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan bertujuan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi seluruh peserta dan keluarganya. Kepesertaan BPJS terbagi menjadi dua kategori, yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta non-PBI.²

Klaim merupakan permintaan yang diajukan oleh salah satu pihak dalam suatu perjanjian untuk memperoleh pemenuhan haknya dari pihak lain sesuai dengan kesepakatan yang disetujui bersama. Dalam bidang layanan kesehatan, klaim diajukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan melalui proses administrasi klaim. Menurut *Health Insurance Association of America* (HIAA), proses administrasi klaim mencakup pengumpulan informasi atau bukti yang berkaitan dengan kondisi kesehatan atau cedera pasien, memeriksa kesesuaian informasi tersebut dengan ketentuan dalam perjanjian, serta menentukan manfaat yang layak diterima oleh peserta asuransi.³

Proses klaim terdiri dari beberapa tahapan. Tahap pertama dimulai di unit fungsional, di mana berkas pertama kali diproses. Pada tahap kedua, berkas

tersebut akan diproses oleh petugas pengkodean dan pengelompokan di unit rekam medis. Pada tahap ketiga, berkas diteruskan ke bagian Tata Usaha Rawat Pasien. Di tahap keempat, berkas diserahkan kepada bagian administrasi klaim dan keuangan untuk diproses menjadi klaim. Terakhir, berkas akan diverifikasi oleh verifikator BPJS.⁴

Adapun tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk memastikan pembayaran klaim yang sah, akurat, dan tepat waktu dengan cara yang efisien serta sesuai dengan ketentuan polis.⁵ Dalam proses klaim BPJS, terdapat berbagai kendala yang dapat menghambat verifikasi klaim. Beberapa faktor yang menyebabkan keterlambatan dalam proses verifikasi antara lain ketidaklengkapan pengisian resume medis serta permasalahan yang berkaitan dengan sumber daya manusia (SDM) pada bagian verifikator internal.⁶

Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi dalam proses klaim antara lain, Dokumen yang harus dilengkapi dalam proses klaim meliputi formulir pengajuan klaim, *softcopy* atau *hardcopy*, kwitansi asli yang bermaterai, bukti pelayanan yang ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, serta dokumen lain yang diperlukan sesuai dengan tagihan klaim. Tujuannya adalah untuk memastikan kualitas pelayanan dan efisiensi biaya dalam penyediaan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.⁷

Berdasarkan buku Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, proses verifikasi administrasi klaim terdiri dari dua tahap: 1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan, yang melibatkan pemeriksaan kesesuaian antara dokumen klaim, yaitu Surat Eligibilitas Peserta (SEP), data yang dimasukkan dalam aplikasi INA CBG's, serta dokumen pendukung yang. 2) Verifikasi Administrasi Pelayanan, di mana jika ditemukan ketidaksesuaian atau kelengkapan berkas yang kurang, BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas klaim pasien BPJS rawat inap kepada rumah sakit untuk diperbaiki.⁷

Hampir 90% pasien rumah sakit merupakan peserta BPJS Kesehatan, dan keterlambatan klaim dapat mempengaruhi kelancaran operasi rumah sakit.

Penundaan pembayaran klaim BPJS Kesehatan berdampak pada penurunan jumlah klaim yang dibayar, yang dapat mengganggu stabilitas arus kas rumah sakit.⁸ Beberapa faktor yang menjadi indikator klaim antara lain: 1) Kelengkapan data identitas pasien, 2) Pelaporan yang akurat, 3) Pemeriksaan autentikasi, dan 4) Pendokumentasian yang tepat.⁹

Pending klaim adalah salah satu status klaim dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang telah melalui proses verifikasi oleh dokter BPJS Kesehatan. Status ini muncul ketika berkas klaim BPJS yang diajukan oleh pihak rumah sakit belum memenuhi persyaratan kelengkapan dokumen. Terjadinya pending klaim disebabkan oleh berbagai faktor dalam proses verifikasi.¹⁰

Pending klaim dapat disebabkan oleh berbagai faktor, dari aspek administrasi, di antaranya ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen, tidak adanya lampiran laporan penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi, serta tidak ada dokumen administrasi peserta seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan surat rujukan. Selain itu, kesalahan dalam pengisian dokumen pelayanan medis, seperti resume medis, laporan operasi, dan lembar perawatan intensif, juga menjadi faktor penyebab. Ketidaktepatan dalam administrasi keuangan, termasuk kesalahan dalam pencantuman tarif biaya *real cost*, turut berkontribusi terhadap tertundanya proses verifikasi klaim. Dari aspek koding antara lain ketidaksesuaian antara kode diagnosis dengan terapi yang diberikan oleh DPJP, penegakan diagnosa tidak sesuai kriteria, kesalahan dan ketidaktepatan dalam pemberian kode diagnosa, pemberian kode yang tidak spesifik atau kode tidak sesuai dengan berita acara yang dikeluarkan oleh BPJS terkait kesepakatan pemberian kode diagnosa dan tindakan. Dari aspek medis, pending klaim dapat disebabkan oleh adanya riwayat penyakit yang tidak disertai dengan tatalaksana khusus, tidak tercantumnya Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), serta tidak sesuai nya antara diagnosis dengan informasi yang tertulis dalam resume medis.¹¹

Pending klaim lebih banyak ditemukan pada layanan rawat inap dibandingkan dengan rawat jalan, akibat beberapa faktor. Tingginya kompleksitas kasus dan perawatan yang diberikan, variasi jenis layanan yang diberikan, serta proses verifikasi dan persetujuan asuransi yang lebih ketat pada rawat inap, menjadi penyebab utama. Selain itu, rawat inap memerlukan dokumentasi yang lebih lengkap, seperti catatan harian dokter, catatan perawat, dan laporan prosedur. Jika dokumentasi ini tidak lengkap atau tidak sesuai, klaim dapat ditunda hingga informasi yang dibutuhkan tersedia. Pengkodean medis yang lebih rumit juga menjadi tantangan, karena pengkodean diagnosis dan prosedur pada rawat inap melibatkan lebih banyak kode dibandingkan dengan rawat jalan. Kesalahan dalam pengkodean dapat mengakibatkan klaim ditolak atau ditunda hingga dilakukan perbaikan.¹²

Beberapa penelitian di rumah sakit swasta menunjukkan bahwa pengembalian berkas klaim berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim JKN. Di Rumah Sakit Hermina Ciputat, tingkat pengembalian klaim rawat inap mencapai 9% antara Juli hingga Agustus 2020, sementara rawat jalan hanya 0,001%. Sebanyak 61% klaim dikembalikan karena masalah administrasi, 37% gagal verifikasi kesehatan, dan 2% tidak lolos verifikasi INA-CBG's.¹³

Penelitian oleh Ariqurna Bayu Triatmaja dan tim yang berjudul Tinjauan Penyebab Klaim Pending BPJS di RSUD Haji Surabaya mengungkapkan bahwa klaim tertunda disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen klaim dan kesalahan dalam pengkodean diagnosis akibat perbedaan persepsi antara petugas koder dan verifikator.¹⁴

Penelitian Leonard tahun 2016, klaim tertunda disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen rekam medis dan kesalahan penulisan kode diagnosis. Sementara itu, Alfiansyah tahun 2019 menyebutkan bahwa ketidaklengkapan dokumen klaim berisiko menyebabkan pengembalian berkas, yang dapat memperlambat proses pencairan klaim rumah sakit.¹⁵

Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Ciremai Kota terkait faktor penyebab pending klaim BPJS. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam, mengingat penggunaan rekam medis elektronik dan pengelolaan data klaim yang terintegrasi melalui aplikasi seperti SIMRS, INA-CBG's, E-Klaim, dan Virtual Claim.

Berdasarkan hasil survei yang dilakukan penulis di Rumah Sakit Ciremai terdapat berkas pending klaim BPJS yang ditemukan lebih banyak pada layanan rawat inap dibandingkan dengan rawat jalan. Jumlah berkas pending klaim BPJS pasien rawat inap pada periode juli-september Tahun 2023 sebanyak 254 berkas pending. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengambil judul “Tinjauan Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Ciremai Periode Triwulan III Tahun 2023”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan rumusan masalah yang diperoleh oleh peneliti, maka rumusan masalah yang akan dipaparkan oleh peneliti yaitu “Apa yang menjadi penyebab pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Ciremai?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran penyebab pending klaim BPJS rawat inap di rumah sakit ciremai periode triwulan III Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran pending klaim rawat inap yang disebabkan karena faktor aspek administrasi, coding dan medis di Rumah Sakit Ciremai Periode Triwulan III Tahun 2023.
- b. Mengetahui gambaran pending klaim rawat inap yang disebabkan karena faktor: aspek administrasi dan coding,

administrasi dan medis, koding dan medis, administrasi, koding dan medis di Rumah Sakit Ciremai Periode Triwulan III Tahun 2023.

- c. Mengetahui gambaran pending klaim rawat inap yang disebabkan karena gabungan faktor administrasi, koding, dan medis di Rumah Sakit Ciremai Periode Triwulan III Tahun 2023.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Peneliti dapat memperoleh pengetahuan dan pemahaman mendalam tentang penyebab pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Ciremai.

2. Bagi Instalasi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat diperoleh menjadi bahan kajian dan masukan tentang gambaran penyebab pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Ciremai.

3. Bagi Instalasi Pendidikan

Penelitian ini dapat dijadikan sumber pembelajaran ilmu manajemen informasi kesehatan dalam hal pending klaim BPJS rawat inap.

E. Keaslian Penelitian

Table 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Penelitian	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Varabel Penelitian	Letak Perbedaan
1.	Aldi Pratama, Harry Fauzi, Zahrasita Nur Indira, dan Prisai Purnama Adi	Analisis Faktor Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen	Kuantitatif metode deskriptif observasional	Faktor administrasi, faktor koding, faktor medis	Lokasi Penelitian, Variabel penelitian, metode penelitian

No	Penelitian	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Varabel Penelitian	Letak Perbedaan
2.	Erlia Safa Maulida, dan Ahmad Djunawan	Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga	Kuantitatif desain crossectional	Klaim BPJS kesehatan, status klaim, penyebab pending klaim	Lokasi Penelitian, Variabel penelitian, metode penelitian
3.	Johanna Christy, Yeyi Gusla Nengsih, Mei Sryendang Sitorus dan Savira Widyasari	Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD Dr. Pirngadi di Kota Medan Tahun 2022	Kualitatif metode deskriptif	SDM, sarana dan Prasarana, perencanaan, penyebab pending klaim	Lokasi Penelitian, Variabel penelitian, metode penelitian