

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1128 Tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Penyelenggaraan rekam medis merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit.

Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi rekam medis secara akurat, efektif dan efisien dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Oleh karena itu setiap kegiatan pelayanan medis harus mempunyai rekam medis yang lengkap dan akurat untuk setiap pasien, sehingga dapat digunakan sebagai dasar acuan pemberian pelayanan selanjutnya dan sebagai alat administrasi klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Di Indonesia pemerintah sudah menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Klaim Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan

ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang layak, namun untuk berkas yang tidak layak klaim atau *pending (unclaimed)* harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali (Nabila dkk., 2020).

Klaim dinyatakan layak apabila syarat-syarat klaim serta kelengkapan (rekam medis) terisi sepenuhnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditentukan. *Pending* klaim belum bisa dibayarkan karena harus direvisi dan dilakukan pemberkasan ulang supaya bisa diklaim ulang di bulan selanjutnya. Sedangkan untuk tidak layak klaim merupakan klaim yang tidak bisa diklaimkan kembali dan tidak dapat direvisi (Affriani dkk, 2022).

Menurut petunjuk teknis klaim (2014) dalam penelitian Sari (2022) menjelaskan bahwa proses verifikasi pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas yang terdiri dari administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan, serta verifikasi pelayanan kesehatan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, yaitu rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP), resume medis/laporan status pasien/ keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, bukti pelayanan lainnya, misalnya; protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit (*manual* atau *automatic billing*) dan berkas pendukung lain yang diperlukan.

Menurut peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 dalam Kurnia dan Mahdalena (2022) Klaim *pending* yaitu pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) terkait kaidah koding maupun medis (*dispute claim*), namun penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 dalam Santiasih (2021), pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan sistem *Indonesian-Case Based Groups* (INA-CBGs). Dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita, pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim

yang diajukan oleh fasilitas kesehatan lebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS yang bertujuan menguji kebenaran administrasi untuk dipertanggung jawabkan menjaga mutu pelayanan dan efisien biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan.

Adapun mengenai urun biaya dan selisih biaya ditetapkan dalam Permenkes No 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan, untuk meningkatkan kualitas dan kesinambungan program jaminan kesehatan, perlu memberikan acuan dalam pengenaan urun biaya dan selisih biaya sebagai bagian upaya kendali mutu dan kendali biaya serta pencegahan penyalahgunaan pelayanan di fasilitas kesehatan (Permenkes , 2018).

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Malonda, dkk (2015) dalam Mayori, dkk (2021) menyatakan bahwa pengajuan klaim BPJS kesehatan pada rekapitulasi pelayanan belum dilakukan secara menyeluruh dan terpadu disebabkan tidak terjalin koordinasi dan kerja tim antara perawat pelaksana dengan petugas rekam medis, belum adanya *billing system* yang mempermudah pembuatan rincian tagihan pasien serta pada verifikasi data menjadi tidak optimal karena dokumen klaim yang akan dilakukan verifikasi tidak lengkap dan sering terlambat dalam penyerahan dokumen klaim.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Pratamawisadi dkk (2017) faktor penghambat dalam pelayanan program BPJS di Rumah Sakit Umum Puri Raharja yaitu sarana prasarana yang sudah dalam kondisi sudah tua, kurangnya pegawai di bagian pendaftaran BPJS sedangkan faktor pendukung adalah pemberian reward kepada petugas terkait kinerja dan dilakukannya evaluasi oleh pihak manajemen rumah sakit setiap 6 bulan demi menjaga mutu dan kualitas pelayanan. (Pratamawisadi, dkk,2017)

Adapun studi pendahuluan di Rumah Sakit TK.IV Guntung Payung pada tanggal 14 November 2023, didapatkan data bahwa pengajuan klaim BPJS rawat inap pada tahun 2023. Ditampilkan dalam grafik sebagai berikut:



Gambar 1.1 Pending Klaim tahun 2023

(Sumber : Data Pending 2023)

Berdasarkan gambar 1.1 mengenai pending klaim di Rumah Sakit Tk.IV Guntung Payung Banjarbaru pada tanggal 14 November 2023, didapatkan data pengembalian klaim BPJS rawat inap periode Januari – Desember 2023. Bahwa pada bulan Februari ke Maret, Juni sampai September, dan Oktober sampai Desember tahun 2023 mengalami peningkatan klaim pending, sementara dari bulan Januari ke Februari, Maret sampai Juni, dan September ke Oktober tahun 2023 terjadi penurunan klaim pending. Serta pada bulan Mei dan Juni tahun 2023 tidak terdapat klaim pending.

Selain itu hasil wawancara dengan Koordinator JKN dijelaskan bahwa rekam medis yang kembali dikarenakan coding yang kurang tepat yang menyebabkan berkas pending klaim tersebut. Dampak dari pengajuan klaim yang tidak lancar menghambat dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya mendapatkan jasa-jasa pembayaran atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien dan aliran keuangan rumah sakit terganggu atas hal tersebut.

Maka dari itu, ditinjau dari uraian latar belakang tersebut peneliti tertarik dan menjadi dasar pertimbangan untuk memilih topik penelitian dengan judul mengetahui “Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Pada Instalasi Rawat Inap Di Rumah Sakit TK.IV Guntung Payung Banjarbaru”.

1.2 Rumusan Masalah

Ditinjau dari latar belakang yang dijelaskan diatas rumusan masalah pada penelitian ini apa saja faktor penyebab terjadinya pending klaim BPJS pada instalasi rawat inap di Rumah Sakit TK.IV Guntung Payung Banjarbaru?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan pernyataan penelitian yang telah diuraikan, maka tujuan dari penelitian ini adalah :

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor penyebab pending klaim BPJS pada Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit TK.IV Guntung Payung Banjarbaru

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor keakuratan pengisian kodefikasi klinis data klaim pelayanan rawat inap pasien BPJS kesehatan di Rumah Sakit TK.IV Guntung Payung Banjarbaru.
- b. Mengidentifikasi faktor kelengkapan klinis dan non klinis data klaim pelayanan rawat inap pasien BPJS kesehatan di Rumah Sakit TK.IV Guntung Payung Banjarbaru.
- c. Mengidentifikasi faktor relevansi kebijakan/SOP dalam pengolahan klaim rawat inap di Rumah Sakit TK.IV Guntung Payung Banjarbaru.
- d. Mengidentifikasi faktor ketepatan waktu dalam pengajuan data klaim pelayanan rawat inap pasien BPJS kesehatan di Rumah Sakit TK.IV Guntung Payung Banjarbaru.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan sebagai bahan referensi dan pembelajaran dalam mengembangkan ilmu rekam medis dan informasi kesehatan khususnya tentang faktor penyebab terjadinya pending klaim Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS).

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Rumah sakit dapat menggunakan hasil dari penelitian ini sebagai bahan evaluasi /perbaikan terkait klaim BPJS kesehatan di rumah sakit khususnya instalasi rawat inap.

b. Bagi Petugas Rumah Sakit

Dengan penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak BPJS dalam peningkatan kualitas klaim BPJS guna mengurangi kemungkinan pending klaim BPJS rawat inap di masa yang akan datang.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan memahami faktor-faktor yang mempengaruhi *pending* klaim BPJS, institusi pendidikan dapat menyempurnakan kurikulum mereka dalam program yang terkait dengan manajemen kesehatan, administrasi rumah sakit, atau manajemen asuransi kesehatan.

d. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya pending klaim BPJS rawat inap. Ini membantu para peneliti untuk mengeksplorasi secara menyeluruh bagaimana proses klaim tersebut berjalan dan dimana potensi masalah atau hambatan terjadi.

1.5 Keaslian Penelitian

Table 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama dan Judul penelitian	Hasil penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Bonny Pranayuda, Ina Haryanti, Yoga Utomo, Harries Masiistriyanto. "Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Kesehatan Dalam Pengajuan Klaim	Hasil penelitian ini adalah berkas pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Persahabatan dengan empat (4) status klaim yaitu, terdapat status klaim layak, status klaim tidak sesuai atau <i>pending</i> , status pasca klaim dan status klaim <i>dispute</i> . Penyebab terjadinya <i>pending</i> klaim di Rumah Sakit Umum	Persamaan penelitian ini yaitu penyebab pending klaim BPJS kesehatan.	Jenis penelitian yang digunakan kuantitatif desain <i>crosectional</i> , sedangkan penelitian ini menggunakan metode penelitian kombinasi (<i>Mix-Method</i>)

No	Nama dan Judul penelitian	Hasil penelitian	Persamaan	Perbedaan
	Di Rumah Sakit Umum Persahabatan” (2023)	Persahabatan dikarenakan 4 faktor yaitu: berkas tidak lengkap, kurang tepatnya koding, kurang pemeriksaan penunjang dan kurangnya pemahaman terhadap berita acara kesepakatan terkait koding.		
2.	Eriya Maulida, Safa dan Achamd Djunawan (2022) “Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga”	Berdasarkan penelitian ini adalah 720 berkas pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap RS Universitas Airlangga dengan tiga (3) status klaim yaitu, terdapat 720 berkas dengan status klaim layak, 88 berkas dengan status klaim tidak sesuai atau pending, dan 0 dengan status klaim dispute.	Persamaan penelitian ini yaitu penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan rawat inap.	Jenis penelitian yang digunakan kuantitatif desain <i>cross sectional</i> , sedangkan penelitian ini menggunakan metode penelitian kombinasi (<i>Mix-Method</i>)
3.	Linda Megawati dan Rita Dian Pratiwi (2016) Judul “ faktor-faktor penyebab pengembalian berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”	Hasil analisis kelengkapan terdapat beberapa berkas syarat yang tidak lengkap yaitu laporan individual pasien dengan persentase ketidaklengkapan 84%. Laporan penunjang dengan persentase ketidaklengkapan 18% dan fotocopy kartu BPJS dengan persentase 7% ketidaklengkapan. Untuk mengetahui hubungan berkas tidak lengkap tersebut dengan faktor pengembalian klaim selanjutnya diuji hubungan dengan menggunakan uji statistik, dihasilkan yang memiliki p-value.	Persamaan penelitian ini mengetahui kelengkapan syarat klaim BPJS pasien rawat inap dan mengetahui faktor penyebab pending klaim BPJS pasien rawat inap	Jenis yang digunakan yaitu, desain penelitian kualitatif survei analitik dengan pendekatan <i>case control</i> , sedangkan penelitian ini menggunakan metode penelitian kombinasi (<i>Mix-Method</i>)