

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan). Rumah sakit memiliki pelayanan rekam medis yang menjadi salah satu bagian esensial dalam proses penyelenggaraannya. Rekam medis digunakan sebagai bukti tertulis atas seluruh tindakan serta pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien, dan sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan yang ikut serta dalam menangani serta merawat pasien (Oktamianiza, 2022).

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia yang berlaku di Indonesia saat ini adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai sejak tahun 2014 yang secara bertahap menuju ke *Universal Health Coverage* (Saputri, Indira dan Fauzi, 2022). Program JKN ini menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat Indonesia melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (UU No. 24 tahun 2011 Tentang BPJS). Program BPJS Kesehatan dilaksanakan dengan tujuan untuk menekan biaya pelayanan kesehatan serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sebagai upaya dalam

memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk mendapat manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Pratama *et al.*, 2023).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, dasar pengelompokan dalam INA-CBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi *output* pelayanan, dengan acuan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision* (ICD-10) Versi Tahun 2010 untuk diagnosis dan *International Statistical Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM) Versi Tahun 2010 untuk tindakan/prosedur (PMK No 26 Tahun 2021).

Pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam program JKN ini dikelola menggunakan sistem pengajuan klaim yang disebut dengan klaim BPJS. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya (BPJS Kesehatan, 2015). Berdasarkan Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional persyaratan tersebut harus lengkap dan sesuai saat diajukan kepada verifikator BPJS.

Proses klaim BPJS akan melewati tahap *coding*, administrasi klaim, *grouping*, dan verifikasi oleh verifikator internal. Setelah melalui

tahapan tersebut, berkas akan dikirim ke BPJS Kesehatan. Proses verifikasi klaim BPJS dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Tim verifikator akan memverifikasi berkas klaim yang masuk dan menentukan jumlah klaim yang masuk dan menentukan jumlah klaim yang akan diajukan, selanjutnya akan dibuatkan laporan penagihan oleh pihak rumah sakit yang akan diserahkan ke kantor cabang BPJS Kesehatan (Djunawan, 2022). Proses verifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan terdiri dari 3 tahap yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan (BPJS Kesehatan, 2018).

Saputri (2022) menyatakan BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta. BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang layak. Sementara itu, berkas yang pending harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali. Apabila terjadi kesalahan pada berkas klaim maka verifikator BPJS akan menyerahkan kembali berkas klaim BPJS pada bagian verifikator rumah sakit atau Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) untuk memeriksa kembali kelengkapan dokumen (Pratama *et al.*, 2023).

Status klaim pending akan diajukan kembali setelah tiga sampai lima hari setelah status pertama keluar, kemudian BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi selama 14 hari kerja. Proses verifikasi ini akan menghasilkan status klaim kedua yaitu lolos dan dispute. Klaim dispute adalah klaim yang baru muncul setelah berkas pending diajukan dan

menerima status tidak lolos. Berkas klaim dinyatakan dispute ketika terdapat ketidaksesuaian atau ketidaksepakatan yang menyangkut pelayanan tindakan klinis.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Djunawan (2022) tentang analisis penyebab pending *claim* berkas BPJS kesehatan pelayanan rawat inap di rumah sakit Universitas Airlangga mengungkapkan, pending klaim dapat terjadi karena berkas tidak lengkap, kurang tepatnya *coding*, kurangnya pemeriksaan penunjang, dan kurangnya eviden terapi. Sementara itu, hasil penelitian yang dilakukan oleh Saputri (2022) menyatakan, pending klaim memiliki pengaruh besar terhadap pemasukan dana bagi rumah sakit dan dapat mempengaruhi indikator mutu tim jaminan kesehatan rumah sakit. Penelitian dari Oktamianiza (2022) mengungkapkan, pending klaim dapat terjadi karena kurangnya pelatihan pegawai, tidak adanya *reward* dari pimpinan sebagai penghargaan atas prestasi pegawai, tidak adanya *Standard Operating Procedure* (SOP), kurangnya Sumber Daya Manusia (SDM) yang menyebabkan beban kerja pegawai meningkat, serta ketidaktelitian pegawai.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Waled Kabupaten Cirebon merupakan fasilitas kesehatan dengan jenjang rujukan tingkat lanjutan yang melayani pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan pelayanan gawat darurat dengan klasifikasi rumah sakit kelas B dan sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. RSUD Waled menjadi salah satu rumah sakit

tempat rujukan yang memiliki angka yang tinggi di wilayah Kota Cirebon, Kabupaten Cirebon, Kabupaten Brebes Jawa Tengah, Kabupaten Kuningan, dan Kabupaten Majalengka. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Waled bersama kepala instalasi *casemix*, rata-rata jumlah klaim pasien rawat inap yang disetorkan ke kantor BPJS Kesehatan adalah 1.500 per bulan. Sementara itu, rata-rata jumlah klaim pending yaitu 150 berkas per bulan atau sekitar 10% dari jumlah total rata-rata berkas klaim.

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan penulis pada Bulan November 2023, ditemukan faktor penyebab terjadinya pending klaim yaitu kesalahan *coding* (21,31%), ketidaksesuaian tindakan medis (40,98%), ketidaklengkapan administrasi (12,30%) dan perbedaan persepsi antara pihak rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan (25,41%). Pending klaim berpengaruh terhadap aliran kas rumah sakit seperti penundaan pencairan dana. Klaim yang belum berhasil menerima pembayaran akan menggunakan dana dari rumah sakit agar pelayanan tetap terus berjalan. Jika keterlambatan proses klaim dibiarkan secara terus-menerus maka akan berakibat pada kerugian pada pembayaran jasa medik sehingga nantinya akan berpengaruh pada kinerja pegawai yang akan mengakibatkan kualitas pelayanan rumah sakit yang kurang maksimal dan berimbas pada proses pelayanan yang yang seharusnya diterima oleh pasien.

Ditemukan pula faktor penyebab terjadinya pending tersebut yang berkaitan dengan kinerja pegawai yaitu kurangnya ketelitian pegawai, latar belakang pendidikan yang tidak sesuai dengan jenis pekerjaan, beban kerja yang tinggi, kurangnya petugas verifikator internal, dan adanya perbedaan persepsi antara petugas *casemix* rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan. Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk menganalisis determinan pending klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat di RSUD Waled Kabupaten Cirebon.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan sebelumnya, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu “apa saja determinan pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Waled Kabupaten Cirebon Tahun 2023?”

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Menganalisis determinan pending klaim berkas BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap RSUD Waled Kabupaten Cirebon tahun 2023.

### **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu:

- a) Menganalisis proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit
- b) Menganalisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan berdasarkan aspek individu pegawai

- c) Menganalisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan berdasarkan aspek organisasi

#### **D. Ruang Lingkup Penelitian**

##### **1. Lingkup Masalah**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui determinan pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap RSUD Waled Kabupaten Cirebon tahun 2023.

##### **2. Lingkup Metode**

Metode yang digunakan yaitu penelitian kualitatif.

##### **3. Lingkup Keilmuan**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat yang berkaitan dengan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

##### **4. Lingkup Tempat**

Penelitian ini dilakukan di RSUD Waled yang beralamat di Jl. Prabu Kiansantang No.4 Kecamatan Waled Kabupaten Cirebon Provinsi Jawa Barat.

##### **5. Lingkup Sasaran**

Sasaran dalam penelitian ini adalah pegawai di instalasi *casemix* bagian rawat inap di RSUD Waled Kabupaten Cirebon.

##### **6. Lingkup Waktu**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei 2024 – Selesai.

## **E. Manfaat**

### **1. Bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman penulis khususnya mengenai determinan pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.

### **2. Bagi Program Studi Kesehatan Masyarakat**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah kepustakaan di bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan khususnya mengenai determinan pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.

### **3. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Waled**

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sarana untuk memberikan informasi mengenai determinan pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.

### **4. Bagi Peneliti Lain**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan tambahan atau masukan dalam proses pengembangan ilmu pengetahuan dan menyelesaikan penelitian berikutnya.