

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No 3 Tahun 2020).

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009).

Rumah sakit memiliki misi untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Selain itu rumah sakit juga memiliki tugas melaksanakan upaya pelayanan kesehatan yang berdayaguna dan berhasil untuk mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara tepat, cepat dan terpadu dengan peningkatan serta pencegahan yang dilaksanakan dengan upaya rujukan.

Sesuai dengan UU No. 24 Tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014. Dalam penyelenggaraan

program tersebut, Indonesia menerapkan sistem pembayaran prospektif yang dikenal dengan metode *casemix* INA-CBGs (*Indonesia Case Based Group*). Metode ini digunakan untuk pengajuan klaim pembayaran oleh Rumah Sakit sebagai pemberi pelayanan Kesehatan.

Dalam sistem INA-CBGs, perhitungan biaya tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan. Sebagai gantinya, biaya ditentukan berdasarkan beberapa data penting, seperti kode DRG (Disease Related Group), Length Of Stay (LOS), regional rumah sakit, dan kualifikasi rumah sakit (Rujukan Nasional). Hal ini bertujuan untuk menyederhanakan proses klaim dan meningkatkan efisien dalam sistim jaminan Kesehatan.

Klaim merupakan tagihan atau tuntutan pembayaran atas hasil layanan yang telah diberikan, klaim Rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan pembayaraan atas jasa pelayanan yang diberikan Rumah Sakit melalui sumber daya manusianya baik dokter, perawat, apatoker dan layanan lainnya kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di Rumah Sakit. (Djatiwibowo, Januari and Ep, 2018)

Setelah berkas klaim diterima,BPJS akan memproses pembayaran untuk berkas yang layak. Namun,jika terdapat berkas yang tidak memenuhi syarat atau statusnya masih pending, berkas tersebut akan dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali. Rumah Sakit kemudian harus melengkapi atau memperbaiki dokumen klaim yang kurang agar proses klaim dapat diajukan kembali dengan lengkap.

Dalam Peraturan menteri kesehatan No 69 Tahun 2013 tentang tarif pelayanan program JKN, tarif case based groups yang selanjutnya disebutkan tarif INA CBG'S adalah pembayaran menggunakan INA CBG'S baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis dan tindakan pasien dari kode INA CBG'S.

Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Harus menggunakan resume medis dengan diakhiri merujuk pada ICD-10 dan ICD-9, dikarenakan proses pengajuan pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan merupakan suatu proses administrasi klaim yang dilakukan dengan menggunakan INA CBG'S, dimana dilakukan pembayaran klaim berdasar kelompok penyakit yang di derita. (Rohman, Wintolo, E.S, 2021).

Sedangkan untuk pengisian INA CBG'S yaitu setelah dilakukan pengodean, berdasarkan Permenkes Nomor 27 tahun 2014, coding INA CBG'S adalah kegiatan memberi code diagnosis utama dan diagnosisi sekunder sesuai dengan ICD -10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9CM. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Pemberian coding sangat menentukan besarnya biaya yang dibayarkan kerumah sakit. Setelah melakukan pengodean menggunakan coding INA CBG'S kemudian melakukan proses klaim BPJS menggunakan Aplikasi E-klaim. Aplikasi E-Klaim BPJS adalah Platform digital yang memungkinkan peserta BPJS Kesehatan mengajukan klaim secara online, aplikasi ini memudahkan proses pengajuan klaim, memantau status klaim, dan memastikan transparansi dalam pengelolaan klaim medis.

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN, setelah melalui proses pengkodean dan entri tahapan terakhir dalam pengajuan klaim adalah verifikasi klaim yang bertujuan mneguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan (Junior, D.H.M.,2014). Verifikasi dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan.

Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 Klaim Manfaat Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kepada BPJS Kesehatan.

Pending Klaim adalah pengembalian tagihan akibat belum ada kata sepakat antara BPJS Kesehatan dan FKRTL tentang aturan penetapan coding maupun medis (*dispute claim*),namun penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (Kurnia, A. & Mahdalena, S., 2022).

Penundaan pembayaran karena pending klaim oleh BPJS Kesehatan mempengaruhi kelancaran cash flow rumah sakit karena pembayaran baru akan dilakukan BPJS Kesehatan setelah proses konfirmasi selesai. Permasalahan tersebut setidaknya akan mempengaruhi pelayanan kesehatan kepada pasien terutama yang berhubungan dengan ketersediaan obat. Penyebab pengembalian klaim Rawat Inap perlu diidentifikasi, dianalisis dan dibuat perbaikan guna memperlancar pendapatan Rumah Sakit dan pemberian pelayanan kepada seluruh peserta JKN.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Natasa Ilka Fahziza (2024) pada bulan Oktober terdapat 52 berkas kasus klaim pending di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen terdapat permasalahan keterlambatan proses pengajuan berkas klaim rawat inap. Khususnya pada bulan Januari sendiri terdapat 48 kasus klaim pending pada pelayanan rawat inap, pada bulan Februari tahun 2023 terdapat 57 kasus klaim pending pada pelayanan rawat inap dan Bulan Maret tahun 2023 terdapat 44 kasus klaim pending pada pelayanan rawat inap.

Pending klaim di Rumah Sakit Kota Madiun BPJS Kesehatan Rawat Inap pada bulan Mei sampai Juli sekitar 242 berkas, Penyebab terjadinya *pending* klaim yaitu dikarenakan resume medis yang tidak lengkap, keterangan diagnosis dari dokter yang kurang dan koding yang kurang sesuai dengan diagnosis penyakit pasien tersebut. *Pending* klaim BPJS kesehatan masih menjadi masalah di RSUD Kota Madiun sehingga menyebabkan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit terlambat dan merugikan keuangan Rumah Sakit serta mengakibatkan keterlambatan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan di RSUD Kota Madiun. Untuk dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan maka kasus *pending* harus dikurangi dengan identifikasi permasalahan menggunakan unsur manajemen 5M. Sehingga peneliti tertarik untuk mengambil judul “Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Kota Madiun”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dikemukakan maka rumusan masalah pada penelitian ini yaitu apa saja faktor yang dapat menyebabkan *pending* klaim BPJS rawat Inap RSUD Kota Madiun.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor yang dapat menyebabkan *pending* klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Kota Madiun.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi Administrasi kepesertaan KlaimBPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Kota Madiun
- 2) Mengidentifikasi administrasi pelayanan Klaim BPJS Kesehatan Rawat inap di RSUD Kota Madiun.
- 3) Mengidentifikasi pelayanan kesehatan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Kota Madiun.
- 4) Menganalisis hubungan Administrasi kepesertaan dengan terjadinya pending klaim
- 5) Menganalisis hubungan Administrasi pelayanan dengan terjadinya pending klaim
- 6) Menganalisis Hubungan Pelayanan Kesehatan dengan terjadinya pending klaim.

1.4 Manfaat Penelitian

- 1) Menambah informasi dan wawasan mengenai *Pending* Klaim BPJS

yang terjadi di Rumah Sakit

- 2) Mengetahui faktor apa saja yang dapat menyebabkan *Pending Klaim* BPJS Kesehatan Rawat Inap

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

- 1) Teridentifikasi secara detail penyebab pending klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Kota Madiun
- 2) Dapat digunakan sebagai bahan rujukan atau pertimbangan untuk perbaikan dan penyempurnaan proses pelayanan Rawat Inap untuk meningkatkan kepuasan pasien serta meningkatkan efisiensi pelayanan pasien di RSUD Kota Madiun.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

- 1) Dapat memberikan informasi tentang faktor penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan Rawat Inap di RSUD Kota Madiun.
- 2) Dapat dijadikan bahan pustaka untuk kepentingan penelitian selanjutnya

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Perbedaan	Kesimpulan
1	Ayu Nadya (2018)	Faktor-faktor penyebab pending klaim Rawat Inap di RSUD Kota Madiun Tahun 2018	Penelitian kualitatif telaah dokumen klaim pending dan wawancara mendalam ,data yang diambil adalah masalah medis dan resume	Data yang diambil adalah klaim masalah medis dan resume saja,penilitaian ini tidak mengambil data kekurangan berkas administrasi	Pengambilan data hanya data klaim pending yang terkait masalah medis dan resume

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Perbedaan	Kesimpulan
2	Jasmen Manurung (2018)	Analisis Pending claim pada pasien BPJS Kesehatan di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam tahun 2018	Peneliti pengambilan data berasal dari seluruh data pending claim, Rawat Jalan dan Rawat Inap dan dilakukan dengan wawancara	ataupun kesalahan proses administrasi Peneliti pengambilan data dari seluruh klaim, sedangkan dalam penelitian ini data yang diambil dari klaim rawat inap saja	Edukasi melalui Wawancara yang mendalam tentang proses klaim.
3	Hinduan (2023)	Faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit	Penelitian ini menggunakan penelitian scoping review, subjek penelitian menggunakan jurnal nasional yang berkaitan dengan faktor penyebab penundaan klaim BPJS Kesehatan	Subjek penelitian adalah melalui jurnal sedangkan pada penelitian ini dengan menggunakan analisa data dan wawancara	Hasil review jurnal 9 literatur yang membahas tentang beberapa faktor tertundanya pembayaran klaim.
4	I Gusti gede Ayu (2023)	Analisis Faktor Penyebab pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan	Penelitian ini menggunakan metode observasional analitik yang dilakukan hanya melakukan pengamatan tanpa ada intervensi dengan subjek penelitian	Perbedaan dari penelitian ini dan metode penelitian	Adanya hubungan antara faktor administrasi kepesertaan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan yaitu yang dibuktikan pada uji chi square
5	Erlia Safa (2018)	Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga	Metode penelitian menggunakan kuantitatif desain crosectional.	Perbedaan dari penelitian ini dan metode penelitian	Status klaim Rumah sakit Universitas Airlangga mempunyai 3 status klaim yaitu status klaim layak, tidak layak / pending, dispute