

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Klaim merupakan suatu permintaan dari salah satu atau dua pihak yang mempunyai ikatan agar haknya terpenuhi. Satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan tersebut akan mengajukan klaim kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian atau provisi polis yang disepakati bersama oleh kedua pihak tersebut (Ilyas, 2006). Klaim mempunyai beberapa tahapan, tahapan pertama dimulai dari unit fungsional, kedua berkas diproses oleh petugas coding dan grouping di unit rekam medis, ketiga diteruskan ke bagian Tata Usaha Rawat Pasien dan keempat diteruskan ke bagian administrasi klaim dan keuangan untuk dibuatkan klaim (Nurdiyanti, 2017).

Administrasi klaim menurut HIAA (*Health Insurance Association America*) yang dikutip oleh (Ilyas, 2006), adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis, dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim.

Menurut Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu : (1)Verifikasi Administrasi Kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya; (2)Verifikasi Administrasi Pelayanan.

Proses administrasi klaim menurut (Nurdiyanti, Majid dan Rezal, 2017) sebagai berikut, (1)Petugas klaim menyiapkan dokumen klaim berupa hasil pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sesuai tarif rumah sakit kepada verifikator BPJS: (2)Petugas verifikasi BPJS melakukan pengecekan terhadap kelayakan dokumen klaim meliputi layak kepesertaan, layak medik dan layak bayar: (3)Dokumen yang sudah dicek oleh petugas verifikasi untuk layak diklaimkan akan direkap dari semua data pasien satu bulan: (4)Sedangkan data yang belum layak untuk diklaimkan dikembalikan untuk di lengkapi terlebih dahulu: (5)Rumah Sakit mengajukan klaim ke BPJS yang sudah lengkap dengan

tanda tangan Direktur Rumah Sakit bersama dengan koordinator verifikator disertai catatan jika ada ketidaksesuaian dengan ketentuan: (6) Verifikator BPJS melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan rumah sakit untuk mendapatkan pencairan dana. Klaim ditangguhkan penyelesaiannya bila persyaratan klaim tidak lengkap dan memerlukan penyelesaian kedua belah pihak (Ilyas, 2003) dalam (Kusairi, 2013).

Berdasarkan penelitian (Nurdiyanti, 2017) ketidaklengkapan berkas administrasi klaim disebabkan faktor yaitu tidak lengkapnya pengisian berkas rekam medis yang meliputi, (1) Penulisan diagnosa kurang spesifik dan tulisan dokter terkadang susah dibaca sehingga menyulitkan pihak pengelola klaim untuk mengcoding penyakitnya; (2) Tidak menuliskan nama dokter dan tanda tangan dokter penanggungjawab pasien.

Ketidaklengkapan administrasi klaim juga dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut penelitian (Kusairi, 2013) di RSUD Brigjend. H. Hasan Basry Kandangan, antara lain (1) Kinerja petugas coding belum maksimal karena masih terjadi ketidaksesuaian petugas coding dalam melakukan pengkodean pada berkas klaim pasien Jamkesmas, yang paling tinggi ketidaksesuaiannya adalah penetapan diagnosa utama 23,2%; (2) Dokter masih belum mengetahui secara keseluruhan terutama tentang pengisian lembar yang berkaitan dengan kelengkapan berkas klaim pasien Jamkesmas karena kurangnya sosialisasi oleh pihak manajemen kepada dokter.

Berdasarkan data ceklis Sub bagian Casemix di Rumah Sakit Panti Nirmala bulan Oktober 2019, dokumen administrasi klaim rawat inap pasien JKN berjumlah 477 dokumen dengan jumlah klaim kasus bedah sebanyak 68 dokumen. Dan jumlah klaim tidak memenuhi syarat pada kasus bedah berjumlah 14 dokumen, angka ketidaklengkapan dokumen administrasi klaim rawat inap pasien JKN kasus bedah terdapat pada dokumen administrasi klaim penunjang pelayanan, sedangkan untuk administrasi klaim kepesertaan seluruhnya memenuhi persyaratan administrasi klaim rawat inap pasien JKN.

Berdasarkan latar belakang diatas maka saya mengambil judul “Analisis Faktor-Faktor Ketidaklengkapan Administrasi Klaim Rawat Inap Kasus Bedah Pasien JKN di Rumah Sakit Panti Nirmala”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apa faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen administrasi klaim rawat inap kasus bedah pasien JKN di Rumah Sakit Panti Nirmala?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen administrasi klaim rawat inap kasus bedah pasien JKN di Rumah Sakit Panti Nirmala.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan identifikasi dokumen klaim pasien rawat inap kasus bedah pasien JKN yang tidak lengkap di Rumah Sakit Panti Nirmala.
2. Mengetahui faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen klaim Kepesertaan kasus bedah di Rumah Sakit Panti Nirmala.
3. Mengetahui faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen klaim Penunjang pelayanan kasus bedah di Rumah Sakit Panti Nirmala.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Bagi Peneliti**

Sebagai tambahan ilmu bagi peneliti serta dapat mengembangkan pengetahuan mengenai faktor ketidaklengkapan dokumen administrasi klaim di Rumah Sakit Panti Nirmala.

### **1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai pengembangan ilmu dibidang Administrasi Klaim Asuransi Kesehatan khususnya mengenai faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan dokumen klaim di Rumah Sakit Panti Nirmala.

### **1.4.3 Bagi Rumah Sakit Panti Nirmala**

Diharapkan dengan adanya penelitian ini dokumen Klaim rawat inap di Rumah Sakit Panti Nirmala dapat lengkap dan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan pihak BPJS Kesehatan maupun Rumah Sakit.