

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan adalah aset paling utama dalam kehidupan manusia. Kesehatan diartikan sebagai kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan penyakit sehingga aktivitas yang berjalan di dalamnya dapat terjadi secara optimal (Susanti & Kholisoh, 2018). Pelayanan kesehatan mempunyai peranan penting dalam menjawab kebutuhan masyarakat dibidang kesehatan. Layanan kesehatan adalah salah satu jenis layanan publik yang merupakan ujung tombak dalam pembangunan kesehatan masyarakat. Pemerintah mendirikan lembaga kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Umum Pusat. Lembaga kesehatan yang sering diakses oleh masyarakat adalah Puskesmas. Keterbatasan fasilitas yang ada pada puskesmas, membuat masyarakat memilih rumah sakit umum daerah menjadi rujukan untuk mengakses layanan kesehatan (Handayani, 2015).

Rumah sakit sebagai tempat penyedia layanan kesehatan yang memiliki peran penting dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat adalah hak bagi setiap warga negara yang harus diwujudkan salah satu caranya dengan pemberian pelayanan kesehatan yang baik melalui rumah sakit. Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Permenkes, 2020).

Penyelenggaraan layanan kesehatan di rumah sakit sangat kompleks dari segi organisasi dan karakteristik, ditambah dengan adanya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ditahun 2014. Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) yang ditetapkan melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan baik berupa FKTP maupun FKRTL baik swasta maupun pemerintah. FKTP dapat berupa

Puskesmas, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama dan rumah sakit kelas D pratama, sedangkan FKRTL dapat berupa klinik utama, rumah sakit umum maupun rumah sakit khusus (Permenkes, 2013).

Khusus FKRTL menggunakan sistem pembayaran *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) yang didasarkan pada pengelompokan diagnosa penyakit dan prosedur. Pada pola INA-CBGs, dikenal tarif per episode kasus yang ditentukan oleh kode INA-CBGs (Dewi & Subawa, 2018). Dalam PMK No. 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional diatur bahwa klaim juga dapat diartikan sebagaimana permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

Pengajuan pembayaran klaim harus dilakukan sesuai dengan syarat dan ketentuan yang tertera di PKS (perjanjian kerjasama), pengajuan dimulai dengan serah terima berkas klaim oleh petugas koding rumah sakit dengan staf penjaminan manfaat rujukan, setelah dilakukan serah terima kemudian berkas klaim diverifikasi oleh verifikator. Keterlambatan pengajuan berkas klaim baik berkas rawat inap maupun rawat jalan kerap terjadi. Keterlambatan penyerahan berkas klaim pasien rawat inap disebabkan oleh berkas rekam medis yang kembali dari bangsal rawat inap tidak lengkap sehingga harus di kembalikan untuk dilengkapi oleh dokter penanggung jawab. Sedangkan keterlambatan klaim BPJS untuk rawat jalan disebabkan karena persyaratan dan ketentuan administrasi yang selalu berubah-ubah membuat banyak berkas klaim yang di kembalikan oleh verifikator sehingga proses menjadi terhambat (Meti, 2019).

Proses verifikasi dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan setelah menerima berkas klaim dari fasilitas kesehatan lalu berkas akan di verifikasi administrasi kepesertaan dan pelayanan kemudian menempuh verifikasi software INA-CBGs menurut ICD-10 dan ICD 9CM, selanjutnya formulir pengajuan klaim diserahkan pada BPJS Kesehatan untuk melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran (Putrianda, 2018).

Satu di antara kasus yang sering ditangani di rumah sakit adalah kasus pending klaim, berdasarkan penelitian yang dilaksanakan di RSUD Koja dari bulan Juni hingga Juli 2019 dengan mengambil data pending klaim selama tahun 2018, terbatas pada pending klaim rawat inap didapatkan 40,6% berkas merupakan kesalahan koding dan input, 21,9% kesalahan penempatan diagnosis, dan 37,4% ketidaklengkapan resume medis (Kusumawati & Pujiyanto, 2020). Berkas klaim dapat mengalami pending dikarenakan tidak lengkapnya berkas klaim, ketidaktepatan kode diagnosa karena adanya perbedaan persepsi antara koder dengan verifikator. Oleh karena hal itu terjadi maka pihak verifikator BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim yang belum bisa diverifikasi ke pihak rumah sakit (Triatmaja, 2020).

Adapun dalam penelitian Rohman et al., (2021) Terjadinya pending klaim di Rumah Sakit Nur Hidayah disebabkan oleh tiga faktor yaitu faktor ketidaktepatan pengodean, faktor ketidaklengkapan berkas dan faktor diagnosa yang tidak sesuai kriteria BPJS kesehatan. Pending klaim pada sistem vedika BPJS kesehatan sebanyak 165 berkas atau 7% dari total berkas yang diajukan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang penulis lakukan berupa hasil wawancara dengan Kepala Instalasi Kerjasama Pembiayaan dan *Casemix* pada tanggal 12 Agustus 2021 di Rumah Sakit Wava Husada, di rumah sakit ini ditemukan rata-rata berkas klaim pending berkisar 50 pada bulan januari hingga desembr pada tahun 2020. Penyebab klaim pending terdiri dari kelengkapan administratif dan regulatif. Administratif seperti kelengkapan berkas penunjang serta kesesuaian *entry* data, sedangkan regulatif memuat kesalahan kaidah koding dan kaidah medis. Klaim pending di Rumah Sakit Wava Husada mempengaruhi *cash flow* Rumah Sakit serta ikut terpendingnya pembayaran jasa medis bagi dokter. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk mengangkat topik tugas akhir Gambaran Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Wava Husada.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Gambaran Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Wava Husada?

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui Gambaran Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Wawa Husada.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui penyebab klaim pending pada aspek koding di Rumah Sakit Wawa Husada.
- b. Mengetahui penyebab klaim pending pada aspek medis di Rumah Sakit Wawa Husada.
- c. Mengetahui penyebab klaim pending aspek administrasi di Rumah Sakit Wawa Husada.
- d. Mengetahui faktor terbanyak penyebab klaim pending di Rumah Sakit Wawa Husada.

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Bagi Rumah Sakit**

- a. Sebagai bahan evaluasi untuk pelaksanaan pengecekan berkas klaim.
- b. Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat membantu untuk menggali dan mengurangi faktor-faktor penyebab klaim pending di Rumah Sakit Wawa Husada.

#### **1.4.2 Bagi Poltekkes Kemenkes Malang**

- a. Sebagai bahan referensi untuk bahan ajar perkuliahan, terutama yang berkaitan dengan ceklist berkas untuk pengajuan klaim.
- b. Sebagai penilaian terhadap kinerja pendidikan dalam praktek di sarana pelayanan kesehatan.

#### **1.4.2 Bagi Peneliti**

- a. Mengaplikasikan ilmu yang didapat dibangku perkuliahan khususnya unit Casemix.
- b. Sebagai referensi penelitian pada bidang asuransi kesehatan khususnya unit casemix dalam sarana pelayanan kesehatan.