

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan mengatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu alat atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat (Pemerintah, 2016). Salah satu tempat fasilitas kesehatan tersebut adalah Rumah Sakit. Menurut (Kemenkes RI, 2019) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Salah satu bentuk upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah dengan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berwujud BPJS Kesehatan. Rumah Sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan. Klaim merupakan pengajuan biaya perawatan pasien oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif.

Metode pembayaran yang diselenggarakan oleh rumah sakit pada program JKN menggunakan metode pembayaran prospektif, yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Metode pembayaran prospektif di Indonesia dikenal dengan Casemix INA-CBG (Indonesia - Case Based Payment Groups) yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur yang mengacu pada ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016) Oleh karena itu, Oleh karena itu, penyelenggaraan proses administrasi klaim harus secara baik dan benar karena apabila terdapat klaim yang dikembalikan akan mengganggu cash flow rumah sakit dikarenakan proses pembayaran baru dapat dilakukan BPJS Kesehatan setelah proses konfirmasi selesai. Permasalahan tersebut secara tidak langsung akan mempengaruhi pelayanan pasien terkait ketersediaan obat.

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan melalui syarat verifikasi administrasi rekapitulasi pelayanan dan dokumen 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 (*billing*) dan dokumen pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2014a). dokumen klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan dokumen dikembalikan oleh BPJS Kesehatan sehingga menyebabkan terjadinya pending klaim.

Pending klaim adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum bisa dibayar oleh pihak ke satu dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi. Terjadinya pending klaim akan berdampak pada pengembalian klaim, yang berakibat tidak terbayarnya pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit dan mengakibatkan menurunnya pemasukan rumah sakit (Damayanti, 2021).

Berdasarkan hasil studi pada tanggal 15 Mei 2023 dengan kepala asuransi center RSPHS menyebutkan bahwa klaim pending paling besar disebabkan karena tidak DPJP tidak menulus dengan lengkap mulai dari asesmen, pemeriksaan fisik, diagnosis dan tatalaksana. Serta adanya perbedaan hasil penunjang dengan diagnosis klinis yang telah ditetapkan oleh DPJP. Selain itu terjadi salah penempatan kode diagnosis utama dan sekunder.

Berdasarkan penelitian Ayu Nadya Kusumawati dan Pujiyanto (2018), hasil studi pendahuluan pada periode 1 tahun, telah menemukan masalah klaim pending pasien rawat inap di RSUD Koja Jakarta. Berdasarkan pengamatan dan analisis klaim *pending* berdasarkan faktor medis, koding, dan administrasi. Hasil penelitian tersebut dapat dilihat pada tabel.

Tabel 1. 1 Klaim Pending Periode 1 Tahun

| <b>Penyebab Pending</b> | <b>Jumlah</b> | <b>Presentase</b> |
|-------------------------|---------------|-------------------|
| Aspek Medis             | 3216          | 59%               |
| Aspek Koding            | 1366          | 25%               |
| Aspek Administrasi      | 833           | 15%               |

Berdasarkan tabel 1.1 dapat dilihat bahwa penyebab klaim pending terbanyak disebabkan oleh aspek medis sebanyak 3216 berkas klaim. Penyebab pengembalian dokumen BPJS Kesehatan adalah kesalahan dalam proses koding, kesalahan dalam proses input, kesalahan penempatan diagnosis, dan ketidaklengkapan resume medis. Setelah melakukan penelitian, peneliti menemukan masalah terkait pengajuan dokumen klaim asuransi BPJS Kesehatan yang dikembalikan selama satu tahun, yaitu periode Januari 2018 sampai dengan Desember 2018 ditemukan 5.415 dokumen klaim pending, telaah lebih lanjut mendapatkan bahwa jumlah kesalahan koding sebanyak 1.366 dokumen atau 25,2% dari total dokumen, menurut hasil pengamatan bahwa kesalahan koding tersebut karena kurangnya pengetahuan koder tentang aturan surat edaran BPJS Kesehatan terbaru, dalam faktor koding juga ditemukan Kesalahan input koding ke dalam sistem NCC berjumlah 833 dokumen atau 15,3% dari total seluruh dokumen klaim pending. Kesalahan tersebut dapat terjadi karena jumlah dokumen yang harus

di-input sangat banyak, sehingga grouper mengerjakannya secara terburu-buru. Selain itu juga ditemukan revisi penempatan diagnosis berjumlah 1.190 dokumen atau 21,9% dari seluruh dokumen klaim pending. Hal ini terjadi karena koder hanya melakukan koding sesuai diagnosis yang tertulis pada resume medis. Dalam masalah medis juga didapatkan klaim pending dengan alasan ketidaklengkapan resume medis dan diminta untuk dilengkapi sebanyak 2.026 dokumen atau 37,4% dari total dokumen pending. Hal ini terjadi karena DPJP masih belum dapat melengkapi resume medis secara komprehensif terkait dimulai dari anamnesis hingga terapi. Namun dalam penelitian ini peneliti tidak mengambil data yang terkait dengan penyebab klaim pending dengan alasan kekurangan dokumen administrasi ataupun kesalahan proses administrasi (Kusumawati & Pujiyanto, 2018).

Berdasarkan penelitian (Nabila et al., 2020) tentang penelitian faktor penyebab pending berkas klaim rekam medis pasien rawat inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, sebanyak 788 dari 2539 berkas rekam medis yang mengalami pending klaim pada bulan Januari 2020. Peneliti menemukan faktor penyebab pending berkas klaim, yakni jumlah SDM yang tidak sebanding dengan pekerjaan, kurangnya pengetahuan SDM karena tidak adanya pelatihan untuk petugas dan proses terkait perencanaan telah memiliki SOP yang berkaitan dengan penyelesaian permasalahan pending klaim, namun pada analisis terkait pengorganisasian masih perlunya job description untuk petugas.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Penyebab Klaim Pending Rawat Inap Di Rumah Sakit Prima Husada Sukorejo”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana penyebab klaim pending rawat inap di Rumah Sakit Prima Husada Sukorejo.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui penyebab klaim pending rawat inap di Rumah Sakit Prima Husada Sukorejo.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui penyebab klaim pending rawat inap dari aspek administrasi.
- b. Mengetahui penyebab klaim pending rawat inap dari aspek medis.
- c. Mengetahui penyebab klaim pending rawat inap dari aspek koding.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi untuk memperbaiki proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

### **1.4.2 Bagi Penulis**

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan penulis mengenai dokumentasi pengajuan klaim.

### **1.4.3 Bagi Institusi**

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk pengembangan penelitian serupa.
- b. Sebagai bahan ajar perkuliahan, terutama mata kuliah yang berkaitan dengan dokumentasi pengajuan klaim.

