

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

BPJS yaitu badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Proses penagihan BPJS mengatur bahwa tagihan dikirim setiap 10 hari untuk bulan berikutnya dan BPJS Kesehatan harus membayar fasilitas kesehatan atas layanan yang diberikan kepada peserta dalam waktu 15 hari setelah menerima dokumen tagihan yang lengkap. Pelaksanaan proses pengajuan tagihan pasien BPJS Kesehatan berdasarkan persyaratan dan kelengkapan dokumen. Jika tidak lengkap maka proses permohonan tidak dapat diselesaikan (BPJS Kesehatan, 2017).

Klaim merupakan permintaan pembayaran atas layanan yang telah diberikan. Tujuan utama manajemen klaim yaitu untuk menyelesaikan pembayaran klaim yang valid sesuai kebijakan yang berlaku (Agiwahyunto et al., 2019). Verifikasi klaim adalah proses pengajuan klaim sebagai dasar penagihan biaya verifikasi. Verifikasi klaim ini bertujuan untuk memastikan biaya pelayanan peserta BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu, dan tepat sasaran (Ariyanti & Gifari, 2019). Aplikasi verifikasi adalah aplikasi yang digunakan untuk melakukan verifikasi. Setelah mencapai kesepakatan atas klaim, dibuat laporan resmi yang memberikan wewenang kepada BPJS Kesehatan untuk membayar klaim sesuai dengan peraturan (Pradani, 2017).

Klaim Vedika merupakan proses verifikasi yang baru dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan pada tahun 2017. Tujuannya untuk mempercepat penertiban dan pembayaran klaim, dengan ketentuan BPJS Kesehatan telah meminta semua dokumen tersebut. Apabila terdapat dokumen yang tidak utuh, maka dokumen pengajuan akan dikembalikan yang berpotensi mengganggu proses pembayaran klaim dan merugikan rumah sakit (Nuraini et al., 2019).

Dalam hal ini *coding* merupakan salah satu fungsi penting dalam pelayanan informasi Kesehatan, Akurasi kode penyakit dan tindakan sangat penting karena berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan (Indawati, 2019). Pengodean rekam medis harus mengikuti sesuai kode diagnosis yang

terdapat dalam ICD-10. Seorang dokter harus menggunakan diagnosis ketika menyebutkan penyakit atau kondisi yang diderita pasien, yang mengakibatkan pasien membutuhkan atau menerima perawatan medis, yang tujuannya adalah untuk memperoleh manfaat medis untuk mencegah memburuknya masalah kesehatan dan juga untuk meningkatkan kesehatan (Oktamianitsa, 2020).

Langkah-langkah pengajuan permohonan rumah sakit ke BPJS Kesehatan meliputi kajian dokumen pengelolaan kepesertaan, pengelolaan pelayanan dan kajian pelayanan kesehatan. Dokumen permohonan BPJS yang harus dilampirkan rumah sakit antara lain ringkasan pelayanan dan dokumen pendukung pasien seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnosa dari pengobatan dokter dan bukti pelayanan lainnya. Tahap verifikasi ini sangat penting untuk memastikan kelengkapan dan keabsahan dokumen sebelum klaim dapat diproses. Rumah sakit harus melengkapi Surat Klaim BPJS Kesehatan ketika akan mengajukan ke BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya pengobatan pasien sesuai dengan *Indonesian Case Base Group* (INA-CBG) (Valentina & Halawa, 2018). Ketika klaim yang ditemukan kurang lengkap saat proses peninjauan, hal tersebut dapat menyebabkan penundaan klaim atau bahkan berkas yang tidak bisa diajukan klaim. Setelah tahap verifikasi, BPJS Kesehatan menerima permintaan dan melakukan pembayaran untuk *file* yang relevan, tetapi *file* yang tertunda harus dikembalikan ke rumah sakit untuk ditinjau dan dikembalikan dalam bulan berikutnya (Valentina & Halawa, 2018).

Berdasarkan (Supriadi & Rosania, 2018) penelitian yang berjudul Peninjauan Berkas Pending Pasien JKN di RS Hermina Ciputat Tahun 2018. Hasil penelitian ini mengidentifikasi 142 klaim rawat inap yang diajukan dan 82 klaim yang di kembalikan untuk rawat jalan. Alasan Pengembalian yaitu Manajemen Layanan dan Perawatan Kesehatan Gagal, Penyebab gagalnya pemeriksaan tersebut terutama karena ketidakakuratan petugas filling dan perbedaan kode diagnostis RS Hermina Ciputat dan BPJS Kesehatan. Temuan ini akan menjadi referensi bagi Rumah Sakit Hermina Ciputat guna meningkatkan mekanisme permohonan penggantian biaya pasien BPJS Kesehatan sehingga dapat mengurangi jumlah surat-surat yang dikirim kembali oleh BPJS Kesehatan (Supriadi & Rosania, 2018).

Peneliti sebelumnya telah melakukan beberapa penelitian mengenai pengembalian klaim BPJS kesehatan. Semua syarat yang dibutuhkan harus terpenuhi agar proses klaim BPJS kesehatan dapat dipercepat. Klaim yang terlambat masih sering terjadi. Pengodean diagnosa dan tindakan ke dalam catatan medis sangat krusial dalam menentukan apakah klaim tersebut akan disetujui, ditolak, atau dikembalikan. Klaim kesehatan yang dikembalikan atau ditolak oleh BPJS disebabkan oleh ketidaksesuaian *coding* dan diagnosa rumah sakit dengan *coding* pemeriksa BPJS kesehatan (Artanto, 2018).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul pada bulan April 2023, Rumah Sakit Nurhidayah Bantul setiap bulannya masih mengalami pending klaim BPJS, termasuk pada berkas rawat inap dibulan juli-desember pada tahun 2022. Ditemukan 69 berkas yang pending dari 2.364 klaim yang diajukan. Rumah sakit Nurhidayah Bantul memiliki ketentuan untuk pending maksimal adalah 1%, tetapi sampai saat ini tim *casemix* masih mengalami pending klaim sampai 3% dihitung dari jumlah berkas yang diajukan. Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya pending pada berkas klaim rawat inap ini yaitu ketidaktepatan dalam pengkodean, berkas yang diajukan tidak lengkap, serta diagnosis yang diajukan tidak sesuai dengan kriteria BPJS. Dari uraian permasalahan diatas, maka peneliti bermaksud ingin menganalisis Faktor Penyebab Terjadinya Pending Klaim Berkas Rawat Inap Pasien BPJS di Rumah Sakit Nurhidayah Bantul.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah pada penelitian ini didasarkan pada latar belakang di atas yaitu “Apa Saja Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Pending Klaim Berkas Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Pada penelitian ini bertujuan untuk Menganalisis Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui persentase faktor masalah pending klaim di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul
- b. Menganalisis faktor penyebab pending klaim dari aspek administrasi, pelayanan medis, dan *coding* di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul

### D. Manfaat Penelitian

#### 1. Manfaat Teoritis

Bagi perpustakaan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta Jurusan Rekam Medis Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber pustaka bagi pembaca dan dapat memberikan informasi mengenai gambaran faktor-faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan

#### 2. Manfaat Praktis

Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat digunakan untuk menambah wawasan dan ilmu pengetahuan bagi ilmu rekam medis dan informasi kesehatan terutama terkait Faktor-faktor penyebab pending berkas klaim BPJS kesehatan di Rumah Sakit.

### E. Keaslian Penelitian

**Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian**

Nama Penelitian	Judul	Desain Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan
Irmawati, I., Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. (2018)	Faktor yang menyebabkan n berkas klaim bpjs dikembalikan saat dievaluasi berdasarkan persyaratan pengajuan klaim di RSUD R.A Kartini Jepara.	Penelitian ini memanfaatkan metode survei deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Dari hasil studi tersebut, didapatkan informasi bahwa berkas (71%) tidak memenuhi persyaratan kelengkapan administrasi, sedangkan (76%) memenuhi persyaratan.	Metode penelitian, menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan pengumpulan data kualitatif dan kuantitatif.

Nama Penelitian	Judul	Desain Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan
Ilmi, L. R., Prahesti, R., Pratana, P., Wahyuningsih, A., & Manuela, C. (2023).	Tinjauan Akurasi Kode Diagnosa dan Klaim Tertunda pada Catatan Medis Pasien Covid-19 Tahun 2021.	Studi ini menggunakan desain penelitian mix-method dengan pendekatan <i>sequential explanatory</i>	Temuan dari studi ini adalah faktor yang menyebabkan rekam medis dikembalikan karena beberapa resume medis yang belum lengkap, seperti kurangnya informasi tentang nama dokter yang bertanggung jawab, waktu, dan tanda tangan.	Tujuan dari penelitian sebelumnya memiliki tujuan yang menganalisis faktor penyebab hanya melihat pada faktor administrasi, sedangkan penelitian saya melihat dari 3 aspek yaitu, administrasi, pelayanan, dan coding
Muroli, Cut Juli, Tri Budi W. Rahardjo, and Ali Germas Kodyat. (2020)	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Penundaan Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat	Penelitian ini menggunakan Retrospektif dengan <i>Mix Methode</i>	Hasil dari penelitian ini Ketidaklengkapan resume medis 41,8%, ketidaktepatan pengkodean 48,4%, ketidaklengkapan berkas klaim 29,7% , Regulasi Klaim BPJS RS Harapan Kita 61,5% kurang,	Metode penelitian, menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan pengumpulan data kualitatif dan kuantitatif.

Nama Penelitian	Judul	Desain Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan
			pengetahuan staf manajerial 53,8% tentang sarana dan prasarana pemasangan layanan klaim 61,5%, serta monitoring dan evaluasi 100% lengkap.	
Wattimena, L. (2022).	Analisis Kelengkapan Resume Medis Pasien Rawat Inap Covid-19 Dengan Ketepatan Waktu Klaim Di Rumah Sakit Umum Hasanan Graha Afiah Depok Tahun 2021	Desain penelitian ini menggunakan kuantitatif observasional analitik dengan pendekatan penelitian <i>cross sectional study</i>	Berdasarkan hasil uji univariat dan bivariat, terlihat kelengkapan resume medis rawat inap di RSUD HGA Depok terdiri dari resume medis rawat inap yang tidak lengkap sebanyak 20 berkas atau 47,6%, yang lengkap sebanyak 22 berkas atau 52,4%	Tujuan dari penelitian sebelumnya memiliki tujuan yang menganalisis faktor penyebab hanya melihat pada faktor administrasi, sedangkan penelitian saya melihat dari 3 aspek yaitu, administrasi, pelayanan, dan coding

Nama Penelitian	Judul	Desain Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan
EP, Antonius Artanto (2018)	Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016	Penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan pendekatan analitik menggunakan studi retrospektif dari informasi yang telah ada	Hasil penelitian menunjukkan ketidaklengkapan resume medis yang didominasi ketiadaan tanda tangan Dokter Penanggung jawab Pasien (DPJP)	Metode penelitian, menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan pengumpulan data kualitatif dan kuantitatif.

PEPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANING  
YOGYAKARTA