

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

*Universal Health Coverage (UHC)* adalah sistem penjaminan kesehatan yang memastikan bahwa semua anggota masyarakat memiliki akses yang memadai ke layanan kesehatan berkualitas tinggi, preventif, perawatan dan rehabilitasi dengan biaya yang terjangkau. Konsep *UHC (Universal Health Coverage)* disajikan dengan tujuan untuk memastikan layanan kesehatan berkualitas tinggi untuk semua (Rumapurana Pidada, 2022). Organisasi Kesehatan Dunia (*The*) menggambarkan *UHC* sebagai "semua akses ke layanan kesehatan yang diperlukan, di mana dan di mana perlu, tanpa berjuang dengan penggalangan dana" (Herawati et al., 2020). Sebuah program yang dapat diimplementasikan untuk mencapai akses universal ke asuransi kesehatan adalah Program Asuransi Kesehatan Nasional (JKN), disponsori oleh Organisasi Organisasi Jaminan Sosial (BPJS), salah satu upaya pemerintah untuk meningkatkan kesehatan orang Indonesia saat ini. *National Health Insurance (JKN)* adalah program pemerintah yang memungkinkan semua orang Indonesia untuk mengambil asuransi kesehatan yang komprehensif dan menjalani kehidupan yang sehat, produktif, dan kaya. Menurut Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasiona, semua warga diwajibkan untuk menjadi peserta asuransi kesehatan, termasuk orang asing yang telah tinggal di Indonesia selama lebih dari enam bulan dan akan didaftarkan sebagai peserta kesehatan di BPJS.

Aplikasi INA-CBGs merupakan sebuah sistem perangkat lunak yang digunakan dalam layanan kesehatan di Indonesia untuk memfasilitasi klaim pembayaran berbasis paket yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Sistem ini mengelompokkan penyakit dan prosedur medis dengan menggunakan pengkodean dari *International Classification of Diseases*, yaitu ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur. Melalui aplikasi INA-CBGs, rumah sakit dapat memasukkan data pasien setelah perawatan selesai, dan sistem akan secara otomatis

mengelompokkan penyakit serta tindakan medis yang diberikan ke dalam kategori yang telah ditentukan dalam sistem klaim BPJS Kesehatan. Keunggulan utama aplikasi ini terletak pada kemampuannya untuk meningkatkan efisiensi administrasi rumah sakit, dengan memastikan bahwa pembayaran klaim dilakukan secara objektif berdasarkan paket layanan yang relevan. Dengan adanya sistem ini, rumah sakit dapat meminimalisir kesalahan dalam perhitungan biaya perawatan, serta mempercepat proses pengolahan klaim. (Leonard et al. 2021)

Keterlambatan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit mengacu pada kondisi di mana permohonan penggantian biaya layanan kesehatan dari rumah sakit belum dapat diproses. Hal ini biasanya disebabkan oleh ketidaksesuaian atau kekurangan dalam dokumen yang diajukan. Sebuah penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit mengungkapkan beberapa faktor utama yang menyebabkan klaim BPJS Kesehatan mengalami penundaan, terutama dalam pelayanan rawat inap. Salah satu penyebab utama adalah ketidaklengkapan berkas. Rumah sakit diwajibkan untuk menyertakan dokumen-dokumen lengkap, termasuk identitas pasien, catatan medis, bukti tindakan medis, serta surat keterangan lahir bagi bayi yang baru lahir. Ketidaksesuaian antara dokumen yang diajukan dan ketentuan yang berlaku juga dapat menghambat proses klaim. Selain itu, kesalahan dalam coding diagnosis dan prosedur medis juga menjadi faktor signifikan. BPJS Kesehatan menggunakan standar kode ICD-10 dan ICD-9-CM untuk menentukan besaran biaya yang dapat diklaim. Kesalahan dalam pengisian kode bisa menyebabkan klaim tertunda, karena perlu dilakukan perbaikan atau verifikasi ulang. Kurangnya pemeriksaan penunjang juga menjadi alasan lain mengapa klaim seringkali tertunda. Pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, EKG, CT scan, atau pemeriksaan HIV harus disediakan sesuai dengan kebutuhan pasien. Jika hasil pemeriksaan ini tidak terdapat dalam dokumen klaim, BPJS Kesehatan berhak menunda proses pembayaran hingga rumah sakit melengkapi persyaratan yang diperlukan. Dan kurangnya bukti terapi atau pelaksanaan terapi juga dapat menyulitkan proses klaim. Sebagai contoh, jika seorang pasien menjalani terapi tertentu tetapi tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa terapi tersebut telah dilakukan, maka klaim bisa

tertunda. Bukti terapi ini sangat penting untuk memastikan bahwa layanan yang diklaim sesuai dengan prosedur yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 27 Mei 2025 di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul, Yogyakarta, peneliti melakukan wawancara dengan petugas klaim asuransi JKN. Dari wawancara tersebut diketahui bahwa pengajuan klaim ditangani oleh petugas casemix. Selama periode Juli hingga Desember 2024, tercatat sebanyak 2.671 klaim rawat inap telah diajukan, namun 237 di antaranya mengalami status pending. Hasil wawancara mengungkap bahwa penyebab klaim pending mencakup tiga aspek utama, yaitu aspek administrasi, aspek pelayanan, dan aspek coding. Di antara ketiga aspek tersebut, faktor dominan yang menyebabkan klaim dikembalikan oleh BPJS Kesehatan adalah ketidaklengkapan dokumen klaim, ketidaksesuaian pengajuan klaim dengan kriteria yang ditetapkan, serta kesalahan dalam pengkodean. Berdasarkan temuan tersebut, peneliti menetapkan judul penelitian: "*Gambaran Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul Yogyakarta*".

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana gambaran faktor penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul Yogyakarta.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini untuk mengetahui faktor penyebab pending klaim di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul Yogyakarta.

### **2. Tujuan Khusus**

Tujuan dari peneliti ini yaitu:

- a) Mengetahui persentase pending klaim dari aspek coding, administrasi, dan pelayanan.
- b) Mendeskripsikan penyebab pending klaim pada aspek coding dari faktor 5 M (*Man, Money, Material, Machine, Methode*)

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Praktik**

#### **b) Manfaat Penulis**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pemahaman dan pengetahuan terhadap pending klaim di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul Yogyakarta. Dan memberikan pemahaman proses klaim BPJS yang baik dan benar sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

#### **c) Manfaat Rumah Sakit**

Bagi Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul Yogyakarta sebagai bahan masukan atau pertimbangan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

### **2. Manfaat Teoritis**

#### **a) Sebagai salah satu bahan bacaan atau sumber referensi untuk studi penelitian selanjutnya.**

Bagi peneliti sendiri untuk menambah pengetahuan tentang coder terhadap pending klaim di Rumah Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul Yogyakarta.

## E. Keaslian Penelitian

Table 1.1 Keaslian Penelitian

No.	Nama Penelitian, Tahun	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Cindy Rozza Bella(2023)	Gambaran Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di RS UNS	12% klaim tertunda karena tidak lengkap berkas, kesalahan kode, pemeriksaan penunjang kurang, dan bukti terapi lemah.	pemeriksaan penunjang, kesalahan kode Fokus pada penyebab utama pending klaim: berkas tidak lengkap, kesalahan ICD-10/INA-CBGs	Lokasi penelitian (RS UNS), variabel yang digunakan
2.	Erlia Safa Maulida(2024)	Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan di RS Universitas Airlangga	12% klaim tertunda karena berkas tidak lengkap, kesalahan coding, bukti terapi kurang. Solusi melalui peningkatan sistem administrasi dan EHR	Sama menyoroti kesalahan coding sebagai penyebab utama pending klaim	Lokasi (RS UNAIR), dan tahun penelitian
3.	Aldi Pratama, Hrry Fauzi(2022)	Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di RSUD Dr. Soedirman Kebumen	Dari 1.041 klaim, 163 tertunda akibat perbedaan persepsi antara coder dan verifikator serta kurangnya data pendukung. Gunakan pendekatan 5M		Lokasi (RSUD Kebumen), pendekatan faktor 5M, dan dimensi SDM lebih luas
			Sama-samamembahas klaim BPJS rawat inap, penyebabnya berkas tidak lengkap, kurang		

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA