

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan menyeluruh secara individu yang mencakup fasilitas rawat inap, pelayanan rawat jalan, serta gawat darurat. Rumah sakit bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh kepada pasien. Salah satu aspek penting dari pelayanan kesehatan ini adalah rekam medis. Rekam medis penting dalam memastikan kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan dan standar pelayanan kesehatan yang berlaku. Bagian dasar dalam menjaga kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit ialah rekam medis (Kemenkes, 2020).

Rekam medis adalah catatan yang mencakup informasi mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, perawatan medis, prosedur yang telah dilakukan, dan pelayanan kesehatan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis yang menyeluruh membantu memastikan bahwa peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan dalam undang-undang, dengan data yang akurat dan terdokumentasi dengan baik untuk mendukung proses klaim dan pembiayaan pelayanan kesehatan sesuai dengan JKN (Kemenkes, 2022).

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan salah satu bentuk jaminan wajib di bidang kesehatan yang didirikan oleh pemerintah dan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan di tingkat lain dalam masyarakat Indonesia dengan menerapkan prinsip biaya dan mutu. Yang mengelola aspek pembiayaan dan administrasi JKN, termasuk pengumpulan kontribusi peserta, pengelolaan dana, serta pengajuan dan penyelesaian klaim ialah tanggung jawab BPJS (Kemenkes, 2014).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah sebuah badan hukum yang didirikan dengan tujuan untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS, salah satu aspek penting yaitu pengelolaan klaim. Proses pengajuan dan penyelesaian klaim ini memungkinkan BPJS untuk memantau pengeluaran, memastikan bahwa pelayanan medis sesuai dengan standar dan juga memberikan pemahaman yang lebih baik tentang pembiayaan program jaminan kesehatan. (Kemenkes, 2018).

Klaim BPJS adalah tindakan mengirimkan tagihan biaya perawatan peserta BPJS oleh Rumah sakit kepada BPJS Kesehatan secara rutin setiap bulan. Dalam hal ini, INA-CBG dapat digunakan sebagai dasar untuk menghitung biaya perawatan yang tepat. Dengan cara ini, INA-CBG

membantu dalam proses penentuan biaya yang akurat dalam klaim BPJS, yang selanjutnya memungkinkan BPJS Kesehatan untuk memproses pembayaran dengan lebih efisien dan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan (Manaida et al., 2019).

Case Based Payment (casemix) sudah di dirikan sejak tahun 2008 sebagai cara pembayaran dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem casemix melibatkan pengelompokan diagnosis dan prosedur berdasarkan kesamaan ciri klinis serta penggunaan sumber daya atau biaya perawatan yang sama. Proses pengelompokan ini dilakukan menggunakan *software grouper* atau *Indonesian-Case Based Groups* (INA-CBG) (Kemenkes, 2016).

Sistem pembayaran berdasarkan tarif INA-CBGs melibatkan pengajuan klaim yang kemudian akan mendapatkan penggantian dana dengan jumlah biaya yang telah disepakati oleh BPJS. Klaim ini merupakan permohonan penggantian biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Proses pembayaran menggunakan tarif INA-CBGs di rumah sakit yang diselenggarakan oleh BPJS melibatkan verifikasi berkas oleh pihak verifikator BPJS Kesehatan. Tujuan dari verifikasi ini adalah untuk memeriksa aspek administratif pelayanan dan memastikan keakuratan diagnosis serta prosedur pada tagihan dengan menggunakan kode ICD-10 dan ICD-9 CM (Kemenkes, 2014).

Pending klaim adalah pengembalian klaim yang masih tertunda pada situasi dimana belum terdapat kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL mengenai aturan koding atau medis (*dispute claim*) (Kurnia & Mahdalena, 2022). Pending klaim BPJS Kesehatan yang lengkap atau tidak lengkap, klaim yang lengkap sesuai antara diagnosa dengan koding INA-CBGs dan terdapatnya prosedur serta tanda tangan DPJP maka klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja, klaim yang tidak lengkap diserahkan kembali ke rumah sakit dan direvisi oleh pihak rumah sakit (BPJS, 2018a).

Jenis pending klaim rawat inap di klasifikasikan menjadi 3 jenis yaitu pending Klinis, Administrasi dan Koding. Pending Klinis seperti diagnosa tidak dilengkapi dengan anamnesa, tidak adanya hasil penunjang dan terapi, indikasi pemberian tindakan tidak ada, dan pemilihan diagnosa utama tidak di lampirkan. Pending Administrasi seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP) tidak dilengkapi, kepesertaan BPJS non aktif dan Pemeriksaan penunjang belum terlampir. Pending Koding seperti kesalahan pemberian kode penyakit dan tindakan, terdapat kode gabung, kode komplikasi yang tidak di reseleksi sebelumnya (Kemenkes, 2021).

Hasil penelitian oleh Aldi Pratama di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen pada bulan September sebanyak 1.041 berkas dan

jumlah berkas pending klaim yang dikirimkan oleh petugas verifikator BPJS sebanyak 163 berkas. Faktor penyebabnya dibagi menjadi 3 yaitu kesalahan dari unit administrasi, koder, dan medis. Hasil dari penyaringan total 163 (52,9%) berkas klaim pending berdasarkan faktor penyebab didapatkan sebanyak masing-masing 39 berkas (12,5%) karena administrasi, 71 (22,7%) berkas karena kesalahan diagnosis atau koder, dan 53 (16,98) berkas karena medis (Pratama et al., 2023).

Hasil Penelitian oleh Merlin Niat Sehati Halawa di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan pada bulan Februari-Juli 2018 sebanyak 83 berkas. Hasil penelitian Berdasarkan 83 berkas BPJS yang terpending ada 37 berkas (45%) BPJS dikarenakan dari kesalahan pengkodean, 18 berkas (22%) dikarenakan dari indikasi medis dan 22 berkas (33%) dikarenakan administrasi (Halawa, 2019).

Hasil penelitian oleh Oktamianiza di RSUD Dr. Rasidin Padang pada bulan Agustus 2022 sebanyak 36 berkas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketepatan kode diagnosa yang tidak tepat sebanyak 20 (55,6%), kelengkapan informasi medis yang tidak lengkap sebanyak 13 (36,1%), dan kelengkapan hasil penunjang yang tidak lengkap sebanyak 8 (22,2%) (Oktamianiza et al., 2022).

Rumah Sakit Umum Daerah Tebet Jakarta Selatan telah memperoleh akreditasi Paripurna dan berstatus sebagai Rumah Sakit tipe C Non Pendidikan. Terletak di Jl. Prof. DR. Soepomo SH No. 54, Tebet Barat, Kec. Tebet, Kota Jakarta Selatan, fasilitas saat ini menyediakan 100 tempat tidur. Tahun 2022 saat ini mencatat 116.095 kunjungan pasien rawat jalan dengan jumlah rata-rata 318 pasien/harinya, dan rawat inap memiliki kunjungan sebanyak 6039 dengan jumlah rata-rata pasien datang/harinya sebanyak 16 pasien.

Berdasarkan hasil observasi awal yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Tebet yang dilakukan pada bulan Desember 2023 berkas klaim pasien rawat inap yang dikirimkan ke pihak BPJS Kesehatan pada bulan Desember 2022 sebanyak 328 berkas dan sebanyak 52 berkas dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan presentase sebesar 19%. Pending klaim diakibatkan 21 (40%) Klinis, 22 (42%) Administrasi dan 9 (17%) Koding. Dampak jika terjadi banyak pending klaim adalah Cash Flow keuangan Rumah Sakit terhambat, Menambah beban kerja petugas dan Menghambat proses pencairan dana.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Analisis Jenis Pending Berkas Klaim Rawat Inap di RSUD Tebet Tahun 2023”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah apa saja jenis pending berkas klaim rawat inap di RSUD Tebet?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui jenis pending berkas klaim rawat inap yang terjadi di RSUD Tebet

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi pending klaim rawat inap pada tahun 2023 di RSUD Tebet
2. Mengidentifikasi jenis pending klaim rawat inap di RSUD Tebet
3. Mengidentifikasi faktor yang menyebabkan pending rawat inap di RSUD Tebet

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembangan Ilmu Kesehatan

Dapat digunakan sebagai wawasan dan pembelajaran untuk menerapkan teori yang diperoleh dalam praktik Rekam Medis, khususnya terkait Pending klaim BPJS di Rumah Sakit yang dituju.

1.4.2 Bagi Kepentingan Program Pemerintah

Dapat berperan sebagai sumber informasi bagi pemerintah dalam memahami penyebab pending berkas klaim yang tertunda oleh BPJS di rumah sakit. Selain itu, dapat membantu meningkatkan program pemerintah untuk meningkatkan pemahaman mahasiswa tentang klaim tertunda, sehingga mencapai peningkatan kualitas layanan kesehatan di rumah sakit.

1.4.3 Bagi Rumah Sakit

Bisa diidentifikasi oleh pihak rumah sakit, segala kekurangan dalam proses klaim yang tertunda di rumah sakit, dan juga dapat digunakan sebagai dasar untuk mengevaluasi dan merumuskan kebijakan terkait masalah-masalah yang muncul dalam pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Tebet yang berada di Jl. Prof. DR. Soepomo SH No.54, RT.13/RW.2, Tebet Bar., Kec. Tebet, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 12810. Ruang lingkup penelitian ini dengan topik “Analisis Jenis Pending Berkas Klaim Rawat Inap di RSUD Tebet Tahun 2023”.

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2023 – Mei 2024. Penelitian ini dilakukan di bagian Casemix. Metode yang di gunakan pada penelitian ini adalah metode deskriptif, analisis dengan pendekatan kuantitatif. Berkas yang diteliti adalah laporan pending yang dikirim dari BPJS ke rumah sakit pada bulan tahun 2023 dan Faktor penyebab yang akan diteliti dilihat berdasarkan identifikasi 5M yaitu *man, money, metode, mechine and material*.