

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan adalah aset paling utama dalam kehidupan manusia yang diartikan sebagai kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan penyakit sehingga aktivitas seseorang dapat terjadi secara optimal (Susanti & Kholisoh, 2018). Setiap orang menginginkan berada dalam kondisi sehat agar dapat melangsungkan kehidupan sehari-hari dengan baik. Berbagai upaya kesehatan dilakukan setiap orang untuk menjaga kondisinya agar tetap sehat dan terhindar dari berbagai penyakit. Dalam hal ini, rumah sakit menjadi salah satu pilihan masyarakat untuk memeriksakan kesehatan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit sebagai tempat penyedia layanan kesehatan berperan penting untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui distribusi layanan berkualitas tinggi dan terjangkau.

Penyelenggaraan layanan kesehatan di Rumah Sakit sangat kompleks dari segi organisasi dan karakteristik, terutama sejak adanya implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang ditetapkan oleh pemerintah Indonesia sejak 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Rumah Sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim untuk selanjutnya dibayar oleh BPJS Kesehatan apabila telah dinyatakan layak. Metode pembayaran yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit pada program

JKN menggunakan metode pembayaran prospektif yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas pelayanan kesehatan yang tarifnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Metode pembayaran prospektif di Indonesia dikenal dengan Casemix INA-CBGs (*Indonesian Case Base 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 (Kemenkes RI, 2016).

Dalam sistem pembayaran dengan menggunakan metode INA-CBGs, sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas terlebih dahulu untuk menguji kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada Pasien BPJS Kesehatan guna untuk menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Klaim BPJS adalah tagihan dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan atas biaya pengobatan peserta BPJS, yang di proses secara kolektif dan ditagihkan kepada BPJS Kesehatan setiap bulan. Untuk menerima biaya ini, Rumah Sakit harus menyediakan dokumen pendukung sebagai syarat pengajuan klaim. Keutuhan dokumen pengajuan klaim sangat penting untuk kelancaran proses penagihan biaya pelayanan. Kelengkapan dokumen pengajuan klaim adalah persyaratan yang berasal dari peserta (forcopy KTP, fotocopy kartu BPJS) atau asuhan medis (resume pasien, laporan penunjang, laporan individu pasien).

Salah satu permasalahan yang sering terjadi di Rumah Sakit yaitu adanya klaim pending. Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018, Klaim Pending yaitu klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit. Berdasarkan penelitian sebelumnya (Santiasih et al., 2021) ditemukan berkas klaim yang dikembalikan ke RSUD DR. R.M

Djoelham sebanyak 329 klaim rawat inap pada periode Januari 2019 sampai Desember 2019.

Menurut hasil penelitian (Triatmaja et al., 2022) berkas klaim yang pending disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas rekam medis dan ketidaktepatan penulisan kode diagnosis maupun kode tindakan. Menurut penelitian (Fabiana Meijon Fadul, 2019) di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo, ditemukan berkas klaim yang dipending oleh verifikator BPJS Kesehatan sejumlah 12,04% atau 194 berkas klaim rawat inap yang dikembalikan ke Rumah Sakit untuk diperbaiki.

Menurut jurnal (Triatmaja et al., 2022) apabila ditemukan berkas persyaratan yang tidak lengkap, besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim dan dapat menurunkan mutu pelayanan Rumah Sakit.

Rumah Sakit Umum Wonolangan Probolinggo merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan milik swasta yang secara resmi menjadi rumah sakit tipe C dan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) di Kabupaten Probolinggo. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Umum Wonolangan Probolinggo pada bulan Februari - November 2022 ditemukan berkas klaim BPJS yang dipending oleh verifikator BPJS untuk dikonfirmasi sebanyak 269 berkas klaim pending rawat inap. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “Gambaran Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Wonolangan Probolinggo”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Gambaran Penyebab Klaim Pending Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Wonolangan Probolinggo?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran penyebab klaim pending rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Wonolangan Probolinggo.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui penyebab klaim pending berdasarkan aspek koding di Rumah Sakit Umum Wonolangan Probolinggo.
- b. Mengetahui penyebab klaim pending berdasarkan aspek medis di Rumah Sakit Umum Wonolangan Probolinggo.
- c. Mengetahui penyebab klaim pending berdasarkan aspek administrasi di Rumah Sakit Umum Wonolangan Probolinggo.

## **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 mengurangi faktor-faktor penyebab klaim pending di Rumah Sakit Umum Wonolangan Probolinggo.

### **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 literatur dan referensi kepustakaan mahasiswa yang dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

### **1.4.3 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