

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar belakang**

Kesehatan sebagai suatu kondisi fisik, mental dan social yang sejahtera secara utuh dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (fertman,& Allensworth, 2010). Oleh karenanya, kesehatan bukan hanya menjadi tanggung jawab masing-masing masyarakat, namun juga diperlukan adanya sebuah regulasi oleh pemerintah sebagai bentuk perlindungan terhadap kesehatan seluruh warga Indonesia. Perancangan skema penjaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat tersebut juga tidak lepas dari agenda pemerintah Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program Pemerintah yang bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi rakyat Indonesia untuk dapat hidup dengan sehat, produktif dan sejahtera (Jaminan Kesehatan Nasional, 2016).

Atas peraturan presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jamninan Kesehatan, standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL ditetapkan oleh menteri kesehatan, dan ditinjau minimal setiap 2 tahun skelai dengan BPJS, DJSN, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan (Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan). Tarif INA CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokkan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis.

Terkait hal tersebut, pemerintah Indonesia telah membentuk sebuah badan hukum publik untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang selanjutnya disebut dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang tertuang dalam (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun, 2011). BPJS Kesehatan merupakan sebuah badan hukum untuk menyelenggarakan program jaminan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Dalam Undang-Undang BPJS telah ditentukan bahwa BPJS Kesehatan memiliki fungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdsarkan prinsip asuransi social dan prinsip ekuitas,

dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Klaim BPJS Kesehatan merupakan penyerahan biaya pengobatan peserta BPJS Kesehatan oleh Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada BPJS Kesehatan setiap bulan. Pembiayaan kesehatan merupakan bagian terpenting dari implementasi Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan di Rumah Sakit oleh BPJS Kesehatan melalui pengajuan klaim. Namun, hasil akhir pengajuan klaim berupa status klaim layak atau status klaim tidak layak (*Pending Claim*), oleh karena itu tidak semua berkas yang diajukan dapat terklaimkan, sehingga status klaim dinyatakan tidak layak atau *pending* klaim terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit belum lengkap.

Hasil penelitian Erlia Safa Maulida, Achmad Djunawan pada tahun 2022 di Rumah Sakit Universitas Airlangga 720 berkas pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap RS Universitas Airlangga dengan 3 status klaim yaitu, terdapat 720 berkas dengan status klaim layak, 88 berkas dengan status klaim tidak sesuai atau pending, dan 0 dengan status klaim dispute. Penyebab terjadinya pending klaim di rumah sakit Universitas Airlangga dikarenakan 4 faktor yaitu: berkas tidak lengkap, kurang tepatnya coding, kurangnya pemeriksaan penunjang dan kurangnya evidenterapi. (Maulida and Djunawan, 2022)

Hasil penelitian Sintiasih, W., dkk pada tahun 2021 di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai menunjukkan pengembalian berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tidak lengkapnya berkas klaim dari aspek administrasi seperti adanya berkas resume medis yang kurang tepat, dari aspek koding ketidaksesuaian koding antara pihak verifikator internal rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian Cut, J., dkk pada tahun 2019 di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat ketidaklengkapan resume medis 38 berkas, ketidaktepatan pengkodean 44 berkas yang tidak sesuai, ketidaklengkapan berkas klaim 27 berkas. Dari faktor yang mempengaruhi terjadinya pending tersebut pihak manajemen RSAB Harapan Kita perlu mengadakan pelatihan terhadap petugas koding untuk meningkatkan kompetensi, mengadakan sosialisasi secara periodik kepada DPJP tentang pengisian resume medis secara lengkap, mengadakan sosialisasi pada petugas pendaftaran tentang kelengkapan berkas klaim. (Juli Muroli, W. Rahardjo and Germas Kodyat, 2020)

Hasil penelitian Ahmad U.,dkk pada tahun 2022 di RSUD RAA Soewondo Pati untuk kasus koding sebanyak 26 klaim dengan presentasi 25%. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa untuk ketepatan koding hanya mengkode berdasarkan diagnose utama yang tertulis oleh dokter pada Lembar Masuk Keluar (LMK), petugas melakukan tinjauan terhadap diagnose utama yang tertulis pada formulir Rekam Medis lainnya seperti laporan operasi dan ringkasan pulang sehingga petugas dapat melakukan pengkodean lebih tepat sesuai ICD. (Ubaidillah *et al.*, 2022)

Berdaskan data berkas klaim pending rawat inap pada bulan juni sebanyak 19 kasus atau 3,1%, pada bulan juli sebanyak 20 kasus atau 3% , dan bulan agustus sebanyak 24 kasus atau 3,5% . Hal ini di perkuat dengan wawancara tidak terstruktur kepada petugas costing yang menangani kasus klaim pending karena tidak lengkap dalam pengisian resume medis, belum melampirkan hasil penunjang.

Maka sejalan dengan permasalahan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di RSUD Mardi Waluyo Blitar sehingga penulis mengambil judul ‘Penyelesaian Klaim Pending Pasien BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Kota Blitar.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan di atas maka rumusan masalah sebagai berikut yaitu:

1. Bagaimana gambaran klaim pending rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar?
2. Bagaimana Proses Penyelesaian klaim pending pasien BPJS kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Kota Blitar

## **1.3 Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

- a. Untuk mengetahui gambaran klaim pending rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD Mardi Waluyo Blitar
- b. Mengetahui Proses Penyelesaian klaim pending pasien BPJS kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Kota Blitar.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Untuk mengetahui gambaran klaim pending rawat inap dari aspek medis
- b. Untuk mengetahui gambaran klaim pending rawat inap dari aspek koding
- c. Untuk mengetahui gambaran klaim pending rawat inap dari aspek administrasi
- d. Untuk mengetahui proses penyelesaian klaim pending rawat inap dari aspek medis
- e. Untuk mengetahui proses penyelesaian klaim pending rawat inap dari aspek koding
- f. Untuk mengetahui proses penyelesaian klaim pending rawat inap dari aspek administrasi

## **1.4 Manfaat**

### **1. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai informasi dan bahan pertimbangan agar dapat melakukan evaluasi perbaikan demi kelancaran dan percepatan dalam proses penyelesaian klaim pending.

### **2. Bagi Poltekkes Kemenkes Malang**

- a. Sebagai bahan referensi untuk bahan ajar perkuliahan, terutama yang berkaitan di bidang penyelesaian berkas klaim.
- b. Sebagai penilaian terhadap kinerja pendidikan dalam praktek di sarana pelayanan kesehatan.

### **3. Bagi Peneliti**

Sebagai sarana untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang penyelesaian klaim pending.