

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2020, tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, rumah sakit adalah lembaga pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, termasuk rawat inap, rawat jalan, dan layanan gawat darurat. Sebagai fasilitas kesehatan, rumah sakit berfungsi sebagai tempat untuk melaksanakan upaya kesehatan guna memelihara dan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat (Latupeirissa, 2022). Oleh karena itu, rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan yang efisien dan efektif kepada masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan, rumah sakit diwajibkan untuk menyelenggarakan kegiatan rekam medis. Rekam medis adalah dokumen yang memuat informasi mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, dan layanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien. (Rusman et al., 2022).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional mendefinisikan bahwa pengajuan klaim di Rumah Sakit berawal saat pasien Masuk Rumah Sakit (MRS) dimana pasien harus melengkapi persyaratan yang

telah diatur oleh Kebijakan Rumah Sakit yang dikunjungi dan telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Salah satu Langkah yang di ambil oleh pemerintah dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan Masyarakat adalaah dengan membentuk suatu badan hukum yang bertugas menyelenggarakan program jaminan kesehatan, yaitu BPJS (Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial), Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 71 Tahun 2013 Tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan, program ini merupakan bentuk perlindungan kesehatan yang bertujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan serta jaminan dalam pemenuh kebutuhan dasar kesehatan, yang di berikan kepada setiap individu yang telah membayar uiran secara mandiri maupun melalui pembiayaan dari pemerintah.

Klaim merupakan suatu tuntutan atau permintaan pembayaran atas layanan yang telah diberikan. Dalam konteks ini, klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah permintaan imbalan atas pelayanan yang dilakukan oleh rumah sakit melalui tenaga medis seperti dokter, perawat, apoteker, dan lainnya, kepada peserta BPJS Kesehatan yang menerima perawatan atau pengobatan di rumah sakit. Untuk mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan, rumah sakit harus menyertakan resume medis dengan diagnosis yang mengacu pada ICD 10 atau ICD

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.26 Tahun 2021 dalam pelaksanaan jaminan kesehatan tentang pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) merupakan acuan bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan. Sistem INA-CBG menyediakan aplikasi tersendiri dalam penginputan berkas klaim serta menggunakan metode sistem pembayaran prospektif untuk membayarkan klaim kepada FKRTL. Perhitungan tarif pelayanan kesehatan dalam sistem INA CBG ditentukan oleh kode DRG (*Disease Related Group*), LOS (*Length Of Stay*), regional rumah sakit, kualifikasi rumah sakit (rujukan nasional). Perhitungan tarif INA-CBG bersumber pada data *costing* dan data *coding* rumah sakit dengan berpedoman menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM yang disusun oleh WHO. Penentuan besar kecilnya munculnya tarif di aplikasi INA-CBG ditentukan oleh koder rumah sakit dalam melakukan proses pengkodean serta penginputan diagnosis dan tindakan medis pasien. (Kemenkes Republik Indonesia ,2021). Klaim BPJS merujuk pada pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulan (Nuraini et al., 2019).

Tarif *Indonesian-Case Based Groups* (INA-CBG) adalah jumlah pembayaran klaim yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan untuk paket layanan yang didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, mencakup seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan, baik medis maupun nonmedis (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Berdasarkan hasil study pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 25 Juni 2025 di Rumah Sakit Pertamina Cirebon, ditemukan bahwa jumlah berkas klaim BPJS untuk layanan rawat jalan pada bulan Januari mencapai 191 berkas. Dari jumlah tersebut, sebanyak 36 berkas (5,30%) mengalami pending klaim akibat ketidaklengkapan dalam proses verifikasi internal. Kelengkapan berkas verifikasi internal merupakan salah satu syarat utama dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Sebagai bentuk upaya peningkatan mutu pelayanan dan efisiensi administrasi, rumah sakit perlu memastikan bahwa seluruh dokumen yang dipersyaratkan telah diverifikasi secara menyeluruh sebelum diajukan ke BPJS. Rumah Sakit Pertamina Cirebon telah mulai merancang implementasi rekam medis elektronik, yang secara resmi mulai diterapkan dalam pelayanan kesehatan sejak bulan Desember 2023.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan peneliti merasa tertarik untuk mengangkat penelitian dengan judul ” Analisis Ketidaklengkapan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Layanan Rawat Jalan Periode Juni di Rumah Sakit Pertamina Cirebon”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, rumusan masalah pada penelitian ini adalah Apa saja jenis ketidaklengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan pada layanan rawat jalan di Rumah Sakit Pertamina Cirebon pada periode Juni?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui jumlah dan presentase ketidaklengkapan berkas klaim pada periode tersebut.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Temuan dari peneliti ini dapat di jadikan dasar untuk mengevaluasi dan memperbaiki indikator pelayanan kesehatan terkait pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Institusi**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi literatur dan referensi bagi mahasiswa serta berkontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

#### **b. Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan bahan evaluasi bagi rumah sakit dalam upaya mengatasi penyebab pending klaim berkas BPJS di rumah sakit tersebut.

#### **c. Bagi Peneliti**

Untuk memperluas wawasan secara teori serta memperoleh pengalaman dan keterampilan dalam bidang klaim BPJS Kesehatan yang diterapkan di dunia kerja, sekaligus sebagai tolak ukur dalam mempersiapkan diri memasuki dunia kerja yang sesungguhnya.

## **1.5 Keaslian Penelitian**

Penelitian berjudul “Analisis Ketidaklengkapan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Layanan Rawat Jalan Periode Juni Di Rumah Sakit Pertamina Cirebon” belum pernah di lakukan penelitian oleh peneliti lain, namun terdapat penelitian

serupa diantaranya :

- a. Analisis faktor penyebab *pending* klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Pertamina Pusat Jakarta Selatan (Fitrianingrum 2023). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Pertamina Pusat Jakarta Selatan berdasarkan hasil verifikasi hasil administrasi klaim dan verifikasi pelayanan kesehatan  
  
Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif. Instrument yang digunakan dalam penelitian yaitu lembar *check list observasi* dengan populasi yang digunakan yaitu berkas klaim BPJS rawat inap periode Januari-Maret 2023.
- b. Penelitian yang dilakukan oleh Bonny Pranayuda et al. dengan judul Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Kesehatan Dalam Pengajuan Klaim di Rumah Sakit Umum Persahabatan menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain *crosssectional*, yaitu pendekatan yang mengumpulkan data untuk memberikan informasi dalam waktu yang singkat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa berkas pengajuan klaim untuk pelayanan rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Persahabatan memiliki empat status klaim, yaitu klaim layak, klaim tidak sesuai atau pending, klaim paska klaim, dan klaim dispute. Penyebab utama terjadinya pending klaim di rumah sakit ini disebabkan oleh empat faktor, yaitu: berkas yang tidak lengkap, kesalahan dalam coding, kurangnya pemeriksaan penunjang, dan kurangnya pemahaman mengenai Berita Acara Kesepakatan terkait coding (Bonny Pranayuda et al.,

2023). Sampel yang di gunakan adalah berkas klaim BPJS kesehatan, dan instrument penelitian ini dengan menggunakan kuisioner. Persamaan pada penelitian ini terletak pada tujuan utamanya, yaitu untuk mendeskripsikan kelengkapan berkas klaim BPJS. Sementara itu, perbedaannya terdapat pada lokasi pelaksanaan penelitian.

- c. Penelitian yang dilakukan oleh Ariqurna Bayu Triatmaja et al. (2022) dengan judul Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan di RSUD Haji Surabaya juga membahas masalah terkait pending klaim BPJS. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa klaim berkas mengalami keterlambatan karena kelengkapan berkas yang tidak terpenuhi, serta ketidaktepatan dalam penentuan kode diagnosa, yang disebabkan oleh perbedaan persepsi antara koder dan verifikator. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya klaim pending pada Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) di RSUD Haji Surabaya, subjek penelitian yang di gunakan adalah petugas casemix di RSUD Haji Surabaya, dengan menggunakan instrumen wawancara. Persamaan pada penelitian ini terletak pada jenis penelitian dan juga instrument yang di gunakan yaitu wawancara. Perbedaan pada penelitian ini terletak pada lokasi penelitian