

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Rekam medis merupakan suatu dokumen atau catatan berisikan fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit, dan pengobatan masa lalu yang diisi oleh tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tersebut (Menteri Kesehatan, 2022). Rekam medis memiliki arti cukup luas, tidak hanya berkas yang digunakan untuk menuliskan data pasien tetapi juga berupa rekaman dalam bentuk sistem informasi yaitu rekam medis elektronik yang dapat digunakan untuk mengumpulkan segala informasi pasien terkait pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan sehingga digunakan dalam berbagai kepentingan, seperti pengambilan keputusan pengobatan kepada pasien, bukti legal pelayanan yang telah diberikan, dan juga sebagai bukti tentang kinerja sumberdaya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan (Budi, S. C. 2011).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 24 Tahun 2022 pasal 16 rekam medis sebagai bukti legal pelayanan harus diisi lengkap, jelas, dan dilakukan setelah pasien menerima pelayanan kesehatan dengan mencantumkan nama, waktu, dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan. Bukti legal pelayanan kesehatan yang telah diberikan termasuk kedalam lingkup administrasi rumah sakit. Administrasi rumah sakit bermitra dengan BPJS Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran dan iurannya dibayar oleh pemerintah meringankan beban masyarakat tidak mampu. Administrasi rumah sakit adalah bentuk awalan dan akhiran pasien dalam berobat di rumah sakit. Administrasi awal dimana pasien mendaftarkan dirinya di loket pendaftaran dipegang oleh unit rekam medis. Administrasi akhir dimana keuangan rumah sakit dikelola oleh unit Penjaminan (*Casemix*), unit ini adalah pecahan dari unit rekam medis yang bertugas mengelolah pencairan dana keuangan dari mitra asuransi. Administrasi rumah sakit bermitra dengan BPJS

Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran dan iurannya dibayar oleh pemerintah meringankan beban masyarakat tidak mampu. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS Kesehatan) merupakan program negara untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial untuk menjamin rakyat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (UU RI 24, 2011). BPJS mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014. Program yang selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuan program Jaminan Kesehatan Nasional untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. BPJS Kesehatan memiliki pola pembayaran menggunakan tarif INA-CBG's sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh menteri kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 26 Tahun 2021 yaitu BPJS memberikan pedoman terkait INA-CBG's dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Selain itu terdapat juga panduan teknis verifikasi klaim yang menjadi acuan penyelesaian klaim dispute dan *pending* dari BPJS Kesehatan berupa Berita Acara (BA) Kesepakatan.

Dari hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Grati, rumah sakit terletak di Kabupaten Pasuruan Kecamatan Grati yang berakreditasi C pada 10 Februari 2021. Peneliti melakukan wawancara pada 18 Maret 2025 bersama petugas koder rawat inap sekaligus penanggung jawab Unit Penjaminan Rumah Sakit Umum Daerah Grati Pasuruan, pelayanan pengeklaiman rawat inap dilakukan oleh bagian penjaminan atau yang biasa disebut unit Penjaminan (*Casemix*). Dalam melaksanakan pengeklaiman, dua hari sekali setiap admin ruangan akan mengirimkan salinan berkas klaim pasien pulang sesuai dengan permintaan unit Penjaminan (*Casemix*). Berkas pasien rawat inap yang telah masuk kedalam unit Penjaminan (*Casemix*) diterima oleh petugas penanggung jawab unit penjaminan untuk dilakukan pengecekan jumlah berkas klaim

sesuai pelayanan pasien atau tidak, juga pengecekan kelengkapan oleh petugas penanggung jawab dan petugas scanner, berkas pelayanan rawat inap dicek kembali oleh kepala Penjaminan (*Casemix*) sekaligus mengkode penyakit dan prosedur sesuai dengan BA Kesepakatan dan peraturan yang ada, petugas koder rawat inap menginputkannya pada INA-CBG's, lalu diberikan kepada petugas scan untuk *scan* formulir-formulir yang akan diklaimkan, rawat inap memiliki dua petugas *scan*. Pengajuan klaim dilakukan setiap bulannya oleh rumah sakit secara reguler paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya (Menteri Kesehatan, 2017). Klaim yang diajukan dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan untuk menguji kebenaran administrasi yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. BPJS wajib membayar kepada fasilitas kesehatan atas pelayanan yang dilakukan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen di klaim diterima lengkap oleh kantor layanan operasional kabupaten BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan wajib memberi *feedback* atas telaah hasil verifikasi perbedaan biaya yang diajukan dengan yang disetujui (Menteri Kesehatan, 2017). BPJS akan mengeluarkan berita acara hasil verifikasi pengembalian berkas disertai dengan alasan pengembalian berkas. Dapat disimpulkan bahwa berita acara hasil verifikasi pengembalian berkas adalah *pending* klaim yang harus segera ditangani oleh bagian Penjaminan (*Casemix*) rumah sakit.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Grati Pasuruan, masih terdapat berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS kesehatan *terpending*, yaitu berkas rawat inap dikembalikan oleh verifikator BPJS agar rumah sakit segera melakukan revisi sesuai dengan syarat ketentuan dan kebijakan bersama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan. Data pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan yang didapatkan oleh peneliti pada triwulan 1 bulan Januari sampai dengan Maret tahun 2025 adalah sebagai berikut :

Tabel 1. 1 Data Berkas Klaim BPJS *Pending* Triwulan 1

Bulan	Berkas Klaim BPJS Rawat Inap		
	Jumlah	Dikembalikan	%
Januari	1096	127	11,58 %
Februari	879	138	15,69 %
Maret	993	109	10,97%
Total	2968	374	12,60%

Sumber : Data Sekunder (2025)

Tabel 1.1. data laporan bulanan berkas klaim rawat inap pada bulan januari sampai dengan Maret 2025 menjelaskan bahwa dari 2968 total berkas klaim rawat inap sebanyak 374 berkas yang dikembalikan dengan jumlah presentase 12,60 % . Pengembalian berkas rawat inap paling banyak terdapat pada bulan Februari 2025 dengan presentase 15,69 %. Menurut penelitian Jannah, (2022) *pending* klaim yang dilihat dari teori 5M menemukan bahwa penyebab terberat terjadinya *pending* klaim dikarenakan belum terdapatnya SOP dan *checklist* kelengkapan klaim dan rumah sakit masih mengacu pada SK tim pengelolaan dan pengendalian mutu dan biaya, resume tidak terbaca jelas karena merupakan salinan ke 3, kurangnya pemeriksaan penunjang karena penunjang hilang atau terselip saat proses pengajuan klaim. BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim bersama dengan *feedback* telaah dari berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit. *Feedback* tersebut sebagai acuan bagi rumah sakit untuk merevisi kesalahan berkas klaim.

Menurut studi pendahuluan yang telah dilakukan bulan Mei 2025 di Rumah Sakit Umum Grati Pasuruan, hasil wawancara dan observasi terjadinya *pending* klaim dikarenakan tidak adanya SOP atau alur kerja spesifik untuk membantu petugas melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan standar. Tidak adanya *job description* yang jelas membuat petugas terkadang ada yang memegang tugas lebih banyak dari yang lain. Evaluasi terkait *pending* dari kepala instalasi Penjaminan (*Casemix*) tidak pernah dilaksanakan. Petugas koder rawat inap disaat mengkode penyakit dan prosedur menggunakan ICD-10 atau ICD 9 CM online di internet, dan terkadang menggunakan hafalan kode atau melihat pada kertas note berisi kode-kode penyakit dan prosedur yang sering digunakan, petugas tidak meneliti lagi pada ICD-10 volume

3 ke volume 1 dan ICD 9 CM Prosedur dan tindakan. Kurangnya ketelitian petugas koder rawat inap saat menginputkan berkas klaim kedalam INA-CBG's.

Menurut penelitian Christy, dkk., (2024) *Pending* klaim yang terjadi dapat memperlambat proses pembayaran klaim. Selain itu *pending* klaim menyebabkan pembatasan terhadap penggunaan peralatan medis dan pemberian obat-obatan, beban kerja petugas Penjaminan (*Casemix*) bertambah dengan adanya revisi dari BPJS Kesehatan setiap bulannya (Mulya et al., 2024). Hasil wawancara yang dilakukan bersama dengan petugas koding Penjaminan (*Casemix*) 18 Maret 2025 dampak yang dapat terjadi pada rumah sakit lebih ke kualitas rumah sakit turun, motivasi kerja juga kurang karena rumah sakit kesulitan untuk bayar upah jasa pelayanan dokter dan karyawan rumah sakit, hasil wawancara ini sesuai dengan penelitian Santiasih et al., (2021) Pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke rumah sakit terlambat dan merugikan keuangan rumah sakit serta mengakibatkan keterlambatan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya dikhawatirkan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan.

Dari permasalahan yang ditemukan pada studi pendahuluan, peneliti akan meneliti penyebab *pending* klaim berdasarkan kinerja koder menggunakan kerangka teori gibson dengan tiga variabel (Individu, Psikologis dan Organisasi). Pada variabel Individu terdapat tiga sub-variabel Kemampuan, Keterampilan dan Latar Belakang. Sub-variabel kemampuan dilihat dari pengetahuan dan pemahaman koder terhadap pengkodean dan kelengkapan berkas klaim rawat inap. Sub-variabel keterampilan dilihat dari kompetensi petugas koding terhadap pengkodean diagnosa penyakit dan prosedur serta validasi kelengkapan berkas klaim. Sub Variabel Latar Belakang yaitu dilihat dari pendidikan dan pengalaman kerja dan lama kerja petugas. Variabel Gibson Psikologis dengan sub-variabel sikap, motivasi dan pembelajaran. Sub-variabel sikap dilihat dari sikap petugas dalam melaksanakan pekerjaannya yaitu pengkodean dan kelengkapan berkas klaim menaati aturan yang ada. Sub-variabel motivasi dilihat dari motivasi petugas melaksanakan pekerjaan pada unit Penjaminan

(*Casemix*) yaitu pengkodefikasian penyakit dan tindakan prosedur, penginputan kedalam aplikasi INA-CBG's dan validasi kelengkapan berkas klaim.

Variabel Organisasi dengan sub-variabel sumberdaya, kepemimpinan dan desain pekerjaan. Sub-variabel sumber daya dilihat dari ketersediaan fasilitas, perlengkapan. Kepemimpinan yaitu sub-variabel yang melihat cara tanggap dan tanggung jawab pemimpin dalam informasi terbaru dan penyelesaian masalah. Desain pekerjaan sub-variabel terakhir dari variabel organisasi dilihat dari ketersediaan SOP, dan uraian tugas (penjabaran kerja, jabatan, dan tanggung jawab), dari permasalahan tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Penyebab *Pending* Klaim JKN Rawat Inap Berdasarkan Kinerja Koder di RSUD Grati Pasuruan”.

1.2. Rumusan Masalah

Apa saja penyebab terjadinya *pending* klaim JKN rawat inap berdasarkan kinerja koder di RSUD Grati Pasuruan, ditinjau dari perspektif teori Gibson?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Menganalisis penyebab *pending* klaim JKN rawat inap berdasarkan kinerja petugas koder rawat inap menggunakan perspektif teori kinerja Gibson di RSUD Grati Pasuruan.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis penyebab *pending* klaim berdasarkan faktor individu (kemampuan, keterampilan, latar belakang).
2. Menganalisis penyebab *pending* klaim berdasarkan faktor psikologis (sikap, motivasi).
3. Menganalisis penyebab *pending* klaim berdasarkan faktor organisasi (sumber daya, kepemimpinan, desain pekerjaan).

4. Memberikan rekomendasi perbaikan kepada pihak rumah sakit guna mengurangi angka *pending* klaim di masa mendatang.

1.4.Manfaat

1.4.1. Manfaat bagi Rumah Sakit

1. Menjadi dasar pengambilan kebijakan dalam peningkatan kualitas layanan penjaminan dan pengelolaan klaim.
2. Membantu rumah sakit dalam mengatasi permasalahan *pending* klaim

1.4.2. Manfaat Bagi Politeknik Negeri Jember

1. Menambah referensi ilmiah dan pengayaan literatur dalam bidang manajemen informasi kesehatan, khususnya terkait analisis klaim JKN dan penerapan teori Gibson.
2. Menjadi rujukan atau contoh bagi mahasiswa lain dalam menyusun tugas akhir dengan pendekatan teoritis dan praktik di lapangan.

1.4.3. Manfaat Bagi Peneliti

1. Menambah wawasan dan pengalaman langsung dalam menganalisis sistem klaim rumah sakit dan pelaksanaan teori gibson dalam dunia kerja.
2. Menyelesaikan salah satu syarat akademik dalam memperoleh gelar Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.