

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan yang telah ditetapkan oleh pemerintah sebagai salah satu upaya mewujudkan *Universal Health Coverage (UHC)* di Indonesia. Dalam pelaksanaan program ini rumah sakit dituntut untuk menjalankan sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan yang efektif, termasuk dalam proses pengajuan klaim pelayanan pasien. Pendapatan utama rumah sakit bersumber dari pembayaran klaim BPJS Kesehatan, sehingga kelancaran proses verifikasi dan pembayaran klaim berdampak pada stabilitas keuangan dan keberlangsungan operasional pelayanan. Namun dalam pelaksanaannya masih sering ditemukan adanya kejadian tertundanya klaim pembayaran sebagai akibat ketidaksesuaian administrasi dan klinis pada dokumen klaim.

Pembiayaan pelayanan kesehatan pada FKRTL dilakukan dengan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pada sistem *Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's)*, yaitu suatu sistem pembayaran yang didasarkan atas paket kasus penyakit meliputi diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien. Nilai pembayaran yang diterima rumah sakit ditentukan berdasarkan diagnosis utama, diagnosis sekunder, tindakan medis, tingkat keparahan kasus (*severity*), serta karakteristik pelayanan lainnya yang tercermin dalam kelompok INA-CBG. Oleh karena itu, ketepatan dokumentasi klinis, akurasi pengkodean diagnosis dan tindakan, serta kelengkapan dokumen klaim menjadi komponen penting dalam proses pengajuan dan verifikasi klaim BPJS Kesehatan.

Klaim BPJS Kesehatan merupakan suatu kegiatan pengajuan pembayaran atas biaya pelayanan kesehatan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulan. Untuk mendapatkan pembayaran biaya perawatan tersebut, pihak rumah sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim untuk selanjutnya dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan

(Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014), disebutkan bahwa kelengkapan dokumen pada pasien rawat inap dalam program JKN harus disertai kelengkapan dokumen pendukung, termasuk resume medis yang diisi secara lengkap dan ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Ketidaksesuaian antara lembar klaim dan resume medis, seperti ketidaktepatan kode diagnosis maupun tindakan berdasarkan ICD-10 dan ICD-9-CM, dapat menyebabkan proses verifikasi klaim tertunda (status klaim pending) oleh BPJS Kesehatan.

Status klaim pending adalah suatu kondisi dimana klaim yang diajukan belum dapat diproses pembayaran yang disebabkan karena belum terpenuhinya persyaratan klaim baik secara administrasi maupun klinis. Kondisi ini tentunya berdampak pada keterlambatan dalam pembayaran sehingga berakibat pada kondisi keuangan rumah sakit sebagai penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Berdasarkan beberapa penelitian dijelaskan bahwa penyebab status klaim pending umumnya disebabkan karena permasalahan kelengkapan dokumen klaim, ketepatan koding diagnosis dan tindakan serta ketidaksesuaian isi rekam medis pasien sebagai dasar dari verifikasi dalam melaksanakan verifikasi dokumen klaim (Hanifah et al., 2024).

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Errisya et al., 2024) menyatakan bahwa ketidaklengkapan rekam medis serta perbedaan persepsi antara verifikasi rumah sakit dengan BPJS Kesehatan merupakan faktor utama terjadinya pengembalian klaim. Ketidaktepatan koding diagnosis memiliki kontribusi yang sangat signifikan terhadap terjadinya status klaim pending karena tidak sesuai dengan standar klasifikasi penyakit yang berlaku (Maharani et al., 2024).

Kejadian status klaim pending selain disebabkan oleh faktor administratif dan koding, juga dipengaruhi oleh kompleksitas klinis pasien. Pada studi terdahulu didapatkan bahwa kasus dengan komorbiditas dan komplikasi lebih tinggi umumnya memerlukan dokumentasi klinis yang lebih banyak sehingga memiliki kecenderungan risiko status klaim pending yang lebih besar karena kebutuhan dokumentasi yang lebih kompleks dan proses verifikasi yang lebih ketat. Namun demikian, mayoritas penelitian sebelumnya masih berfokus pada aspek parsial,

seperti kelengkapan dokumen atau ketepatan coding secara terpisah, dan masih sedikit yang mengintegrasikan faktor karakteristik pasien maupun kompleksitas pelayanan secara simultan dalam satu model analisis.

Karakteristik pasien seperti umur maupun status kegawatdaruratan diduga juga memiliki pengaruh terhadap kompleksitas pelayanan dan dokumentasi medis yang akan dihasilkan dalam proses penanganan pasien. Pasien dengan kondisi gawat darurat memiliki kecenderungan dengan alur pelayanan yang cepat dan kompleks, sehingga dapat mempengaruhi kelengkapan dan konsistensi dokumentasi rekam medis.

Disamping itu, kompleksitas pelayanan yang mencakup jenis kasus pelayanan (bedah dan non bedah), *Length of Stay (LOS)*, serta *severity* INA-CBG juga diduga berperan penting dalam status terjadinya status klaim pending. Pasien dengan kasus bedah biasanya memerlukan kelengkapan dokumen pendukung seperti laporan operasi, laporan anestesi, *informed consent*, dan hasil pemeriksaan penunjang yang lebih lengkap dibandingkan pasien nonbedah. Disamping itu, semakin panjang *Length of Stay (LOS)*, semakin banyak tindakan medis, terapi, serta pemeriksaan penunjang yang diberikan sehingga jumlah dokumen dan proses verifikasi yang harus dilakukan menjadi semakin kompleks. Demikian juga dengan *Severity* INA-CBG yang menggambarkan tingkat keparahan kasus berdasarkan adanya komplikasi dan komorbiditas, dimana semakin tinggi *severity* maka kebutuhan pelayanan semakin kompleks dan dokumentasi klinis pasien juga semakin rumit.

Rumah Sakit Bhayangkara Brimob sebagai fasilitas pelayanan kesehatan milik instansi Kepolisian Negara Republik Indonesia yang telah bekerjasama dalam pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan sejak 1 Januari 2014. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dimulai dari proses pendaftaran, pelayanan medis, pelengkapan administrasi pelayanan hingga proses pengajuan klaim pembayaran atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Namun dalam pelaksanaan pengajuan klaim ditemukan adanya pengembalian klaim atau status klaim pending yang disebabkan karena verifikator BPJS Kesehatan menemukan dokumen yang diajukan belum sesuai ketentuan.

Berdasarkan data dari RS Bhayangkara Brimob tahun 2025 terdapat 116.373 dokumen klaim yang diajukan dengan hasil 114.372 (98,28%) layak klaim, sebesar 1.674 (1,44%) dengan status klaim pending serta sejumlah 327 (0,28%) tidak layak. Dari total status klaim pending sebesar 1.674 terdapat kasus status pending rawat jalan sebanyak 988 (59,02%) dan rawat inap sebanyak 686 (40,78%). Walaupun jumlah kasus pending rawat inap lebih sedikit jika dibandingkan kasus pending pada rawat jalan namun jika dihitung dari nilai pembiayaan diketahui bahwa status klaim pending rawat inap memberikan dampak keuangan yang lebih besar.

Biaya pelayanan untuk klaim pending pada tahun 2025 sebesar Rp. 2.530.058.600,- dengan rincian klaim pending rawat inap sebesar Rp. 2.230.459.600,- (88,16%) dan rawat jalan sebesar Rp. 299.599.000,- (11,84%). Kondisi ini menunjukkan bahwa status klaim pending rawat inap menjadi permasalahan yang sangat penting karena memberikan dampak yang sangat signifikan terhadap kondisi finansial rumah sakit. Disamping itu pelayanan pada rawat inap juga melibatkan berbagai fungsi dalam pelayanan mulai dari bagian pendaftaran, IGD, Rawat Inap, pemeriksaan penunjang, kasir, petugas administrasi klaim serta tim *Casemix* sebagai pengelola pengajuan klaim BPJS Kesehatan sehingga perlu mendapatkan penanganan secara komprehensif.

Berdasarkan data tahun 2025 terdapat klaim pending rawat Inap RS Bhayangkara Brimob sebanyak 686 kasus atau 57 kasus per bulan. Selanjutnya pada tahun 2026 bulan Januari sampai Maret terdapat data pending rawat inap sebanyak 611 kasus atau 204 kasus per bulan. Khusus pada bulan Maret ditemukan data klaim rawat inap yang diajukan sebanyak 977 dokumen dengan klaim pending sebanyak 292 (29,98). Jumlah pending tersebut merupakan angka tertinggi kejadian klaim pending rawat inap yang dialami oleh RS Bhayangkara Brimob selama bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan data tersebut terdapat peningkatan signifikan rata-rata per bulan kasus klaim pending rawat inap antara tahun 2025 dengan 2026 sebesar 319%. Peningkatan yang signifikan ini menunjukkan adanya permasalahan serius dalam sistem pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit. Kondisi tersebut tidak hanya berdampak pada keterlambatan pembayaran, tetapi juga dapat mengganggu

arus kas rumah sakit, menurunkan efisiensi operasional, penambahan beban kerja pegawai serta berpotensi mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelusuran literatur, sebagian besar penelitian sebelumnya masih berfokus pada aspek administrasi klaim, kelengkapan dokumen, atau ketepatan pengkodean secara terpisah. Penelitian yang mengkaji hubungan karakteristik pasien dan kompleksitas pelayanan terhadap status klaim rawat inap BPJS Kesehatan secara simultan masih relatif terbatas, khususnya pada rumah sakit kepolisian. Oleh karena itu, diperlukan penelitian yang mampu menganalisis pengaruh umur, status kegawatdaruratan, jenis kasus pelayanan, *Severity* INA-CBG, dan *Length of Stay* terhadap status klaim rawat inap BPJS Kesehatan.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan bukti empiris mengenai determinan status pending klaim rawat inap BPJS Kesehatan serta menjadi dasar bagi Rumah Sakit Bhayangkara Brimob dalam menyusun strategi peningkatan kualitas dokumentasi klinis, penguatan verifikasi internal, peningkatan akurasi pengkodean, dan pengelolaan pelayanan pada kasus-kasus dengan kompleksitas tinggi guna menurunkan angka klaim *pending* dan meningkatkan kinerja pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

Dari uraian tersebut, maka penelitian dengan judul “*Determinan Status Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan Berdasarkan karakteristik pasien dan kompleksitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Brimob*” menjadi penting untuk dilaksanakan.

1.2 Rumusan Masalah

Status klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan merupakan suatu *outcome* dari proses pengajuan klaim pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Pending klaim adalah kondisi dimana pengajuan klaim dari fasilitas kesehatan belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan sebagai badan penjamin pelayanan kesehatan sehingga berdampak terganggunya kondisi keuangan rumah sakit. Dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan, rumah sakit mengirimkan dokumen pelaksanaan pelayanan kesehatan

kepada BPJS Kesehatan untuk selanjutnya dilakukan verifikasi guna menetapkan layak atau tidaknya klaim diajukan. Dalam proses verifikasi dilakukan pengecekan kelengkapan dokumen administrasi dan klinis sebagai bukti pelaksanaan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit berdasarkan karakteristik pasien maupun kompleksitas pelayanan yang diberikan. Terjadinya peningkatan kasus klaim pending rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Brimob yang signifikan berdampak terhadap kondisi keuangan dan operasional sehingga diperlukan penelitian yang mengkaji faktor penyebab klaim pending berdasarkan karakteristik pasien dan kompleksitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Brimob untuk mendapatkan gambaran yang lebih komprehensif.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah, maka pertanyaan dalam penelitian ini yaitu, sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran status klaim rawat inap BPJS Kesehatan yang dilaksanakan di RS Bhayangkara brimob?
2. Apakah terdapat hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan umur pasien?
3. Apakah terdapat hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan status kegawatdaruratan pasien?
4. Apakah terdapat hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan jenis kasus pelayanan yang diberikan rumah sakit?
5. Apakah terdapat hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan *Severity* INA-CBG?
6. Apakah terdapat hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan *Length of Stay (LOS)*?
7. Faktor apakah yang paling dominan berhubungan dengan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RS Bhayangkara Brimob?

1.4 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan yang ingin dicapai dengan adanya penelitian ini, yang terdiri dari tujuan umum dan khusus.

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Determinan Status Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan Berdasarkan karakteristik pasien dan kompleksitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Brimob.

1.4.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan pertanyaan penelitian di atas, maka tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui gambaran status klaim rawat inap BPJS Kesehatan yang dilaksanakan di RS Bhayangkara brimob.
2. Menganalisis hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan umur pasien.
3. Menganalisis hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan status kegawatdaruratan pasien.
4. Menganalisis hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan jenis kasus pelayanan yang diberikan rumah sakit.
5. Menganalisis hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan *Severity* INA-CBG.
6. Menganalisis hubungan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan *Lenght of Stay (LOS)*.
7. Menganalisis faktor yang paling dominan berhubungan dengan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RS Bhayangkara Brimob.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat, khususnya dalam aspek karakteristik pasien dan kompleksitas pelayanan. Hasil penelitian dapat memperkaya kajian mengenai

determinan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan sehingga menjadi dasar bagi pengembangan teori dan praktik penjaminan BPJS Kesehatan pada pelayanan kesehatan.

1.5.2 Bagi Pemerintah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran nyata tentang determinan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan berdasarkan karakteristik pasien dan kompleksitas pelayanan. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi bahan masukan kepada pemerintah dalam pengambilan kebijakan khususnya berkaitan dengan pelaksanaan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

1.5.3 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dibidang sistem penjaminan biaya kesehatan utamanya terkait pembiayaan oleh BPJS Kesehatan. Temuan yang dihasilkan dapat memperkaya literatur bagi seluruh masyarakat terkait determinan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan berdasarkan karakteristik pasien dan kompleksitas pelayanan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini mengkaji determinan status klaim rawat inap BPJS Kesehatan berdasarkan karakteristik pasien dan kompleksitas pelayanan yang dilakukan pada bulan Juli 2026 di Rumah Sakit Bhayangkara Brimob. Unit analisis dalam penelitian ini adalah dokumen klaim rawat Inap BPJS Kesehatan Rumah Sakit Bhayangkara Brimob bulan Maret 2026. Penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, dengan desain *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *systematic random sampling* dengan analisis data dilakukan secara univariat, bivariat menggunakan uji *Chi Square*, dan multivariat menggunakan regresi logistik *biner* untuk mengetahui faktor yang paling dominan terhadap status klaim rawat inap BPJS Kesehatan.