

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan yang diberikan haruslah optimal karena kesehatan bukan sebatas hak dari warga negara, tetapi juga menjadi penentu kesejahteraan masyarakat dan sebagai investasi yang menentukan pertumbuhan ekonomi suatu negara. Setiap warga negara berhak untuk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang bermutu dan dibutuhkan dengan biaya terjangkau.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dalam rangka menekan biaya pelayanan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk mendapat manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Sistem Jaminan Sosial adalah program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Pratama *et al.*, 2023).

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Indonesia menggunakan sistem pembayaran prospektif untuk metode pembayaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Lanjutan (FKRTL). Metode pembayaran prospektif dikenal dengan *case based payment* (*casemix*). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama (Sander *et al.*, 2022).

Dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal, rumah sakit bekerjasama dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan kesehatan yang dimaksud adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yg diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) termasuk orang asing yang telah bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan dan tentunya telah membayar iuran, dimana dengan menggunakan sistem *Indonesia Case Base Group* biasa disingkat menjadi INA-CBGs. Sistem pembayaran dalam INA-CBGs menggunakan sistem klaim yang nantinya akan mendapat biaya penggantian dari BPJS dan akan di kirimkan ke pelayanan kesehatan seperti rumah sakit.

Dalam proses pengajuan klaim, Indonesia memberlakukan metode pembayaran prospektif (*Prospective Payment System*) berbasis INA CBGs. Dengan adanya metode pembayaran ini, maka akurasi kode data klinis sangat menentukan pembiayaan pelayanan kesehatan. Akurasi kode data klinis sangat menentukan kelancaran dari proses pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada pihak BPJS. Dalam pelaksanaannya, banyak klaim yang dikembalikan oleh BPJS dikarenakan kurangnya kelengkapan informasi, dan koding yang tidak akurat. Kelengkapan klaim dan kebenaran data menjadi prasyarat utama agar terverifikasi (Indawati, 2019).

Koding adalah suatu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. Penentuan kode atas diagnosis klasifikasi penyakit yang berlaku dengan menggunakan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (ICD-10) untuk mengkode penyakit, sedangkan *International Classification of Procedures in Medicine* (ICOPIM) dan *International Classification of Disease and Revision Clinical Modification* (ICD-9-CM) digunakan pada saat mengkode tindakan, serta komputer (*online*) untuk mengkode penyakit dan tindakan (Pratama *et al.*, 2023). Penentuan kode diagnosis dan tindakan medis dilakukan oleh seorang koder dimana dalam hal ini koder berasal dari profesi rekam medis.

Dalam Kepmenkes RI No.377/Menkes/III/2007 Tentang Standar Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan, dinyatakan bahwa salah satu kompetensi seorang perekam medis adalah mengetahui klasifikasi dan kode penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Widyaningrum and Rivana, 2021).

Rekam medis adalah kumpulan berkas atau kesan dari sesuatu yang diucapkan atau dituliskan mengenai keadaan pasien dari masa ke masa. Sifatnya rahasia, informasi yang terkandung didalamnya hanya dapat diberikan atau dikeluarkan sesuai dengan peraturan perundang – undangan kerahasiaan yang berlaku dalam profesi kedokteran atau berdasarkan ketentuan negara. Dalam mengelola rekam medis banyak hal yang harus diperhatikan karena dalam melakukan pengisian, perubahan, penyimpanan dan pemusnahan, masing – masing dari aktivitas tersebut hanya orang atau profesi tertentu yang dapat melakukannya (Widjaja, 2015).

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Rekam medis yang bermutu salah satunya dapat dilihat dari kelengkapan isi rekam medis. Kelengkapan tersebut ditambahkan dengan autentikasi dari rekam medis seperti nama dokter yang merawat, tanda tangan dan tanggal pembuatan. Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah di isi oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah pelayanan rawat jalan atau rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesa, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, dan resume. Setiap pasien setelah diberikan pelayanan berupa perawatan wajib

dibuatkan resume medis. Resume medis harus diisi dengan lengkap yang mana resume medis tersebut akan digunakan untuk administrasi persyaratan dalam klaim (Putri, 2022)

Rekam medis dalam penyelenggaraannya memiliki fungsi pengolahan data pasien, salah satunya adalah fungsi koding atau kodifikasi diagnosa baik penyakit atau tindakan. mengatakan pengkodean diagnosis adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka yang mewakili komponen data. Dalam pengkodean diagnosis ada beberapa hal yang perlu diperhatikan diantaranya adalah ketepatan, keakuratan, dan kelengkapan kode diagnosa pasien (Budi dalam Syafitri and Novita, 2021).

Rekam medis di rumah sakit merupakan suatu dokumen yang dimiliki oleh pasien dan bersifat sangat rahasia, karena data rekam medis berisi tentang perjalanan penyakit dan pengobatan pasien di rumah sakit tersebut. Pengelola rekam medis di rumah sakit agar bisa tetap terjaga kerahasiaannya diatur dalam aturan Permenkes RI No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis. Dokumen rekam medis di institusi pelayanan kesehatan dikelola oleh tenaga perekam medis dan diatur dalam Permenkes No. 55 tahun 2012 tentang penyelenggaraan perekam medis. Penyelenggara perekam medis yang dikatakan kompeten apabila sudah menempuh program studi minimal DIII rekam medis dan informasi kesehatan, lulus ujian kompetensi rekam medis dan disumpah oleh PORMIKI dan Dinas Kesehatan (Faik Agiwahyunto Er al.,, 2021).

Fungsi rekam medis berdasarkan Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 menyatakan bahwa sebagai bentuk pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi, keperluan kependidikan dan penelitian, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, serta data statistik kesehatan (Oktamianiza et al., 2022). Proses kegiatan rekam medis mulai dari pendaftaran pasien sampai dengan pengolahan rekam medis dalam bentuk laporan merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dan dilaksanakan secara tertib, sehingga menghasilkan informasi yang akurat dan akuntabel. Rekam medis yang lengkap, akurat dan dapat di pertanggung jawabkan menjadi landasan yang efektif dalam mengurangi tingkat risiko kesalahan, hal ini disebabkan karena rekam medis merupakan sumber informasi bagi pasien, karena rekam medis dapat menunjukkan pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan pelayanan kesehatan (Widyaningrum and Rivana, 2021).

Dokter verifikator internal merupakan seorang dokter umum yang bekerja di rumah sakit dan telah mengikuti pelatihan koding untuk melakukan verifikasi berkas klaim yang telah selesai dilakukan *grouping* untuk memastikan bahwa koder telah melakukan grouping secara tepat dan sesuai dengan resume medis (Kusumawati, 2019). Peran dokter verifikator internal dalam proses klaim dalam melakukan koding masih dijumpai ketidak tepatan dalam pengisian koding terutama pada pasien rawat inap. Klaim Pending yang dikembalikan kepada Fasilitas Kesehatan dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan paling cepat pada pengajuan klaim bulan berikutnya. Koder mengkoding pada lembar resume berdasarkan diagnosa yang telah dibuat oleh dokter, namun setelah klaim diajukan dilakukan verifikasi oleh verifikator, hasil koding tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan penunjang. Sehingga berkas klaim dikembalikan dan dilakukan pengecekan ulang dengan hasil pemeriksaan penunjang di bagian rekam medis (Nanda et al., 2021).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan salah satunya adalah manajemen data dan informasi kesehatan. Pada kompetensi diharapkan perekam medis dapat merancang standar data kesehatan, mengelola data dan informasi kesehatan, memanfaatkan data dan informasi untuk menunjang pelayanan kesehatan, dan menggunakan sistem informasi kesehatan dalam pengelolaan data kesehatan. (Putri and Haryo Nugroho, 2022).

Tahapan verifikasi yang dilakukan oleh verifikator internal merupakan tahap klaim yang rentan sekali terhadap permasalahan, dimana diperlukannya konfirmasi dan klarifikasi kepada Rumah Sakit. Sehingga apabila verifikator menemukan suatu berkas klaim yang menurutnya kurang memenuhi syarat, tidak sesuai dengan fakta di lapangan, atau kurang tepat dalam hal lain, maka pihak verifikator akan menanyakan hal tersebut kepada pihak verifikator internal Rumah Sakit sehingga verifikator internal lah yang akan melakukan konfirmasi dan klarifikasi kepada verifikator tersebut dengan fakta-data sebenarnya. Oleh karena itu pengkodean yang akurat diperlukan adanya rekam medis yang lengkap. Proses pengkodean harus selalu dimulai dari pengkajian (*review*) teliti rekam medis pasien agar koder memperoleh gambaran jelas secara menyeluruh dari dokumentasi rekam medis tentang masalah dan asuhan yang diterima pasien. Pengkode membantu meneliti dokumen untuk verifikasi diagnosa dan tindakan kemudian baru ditetapkan kode dari diagnosa dan tindakan tersebut (Daniyah and Susanto, 2020).

Klaim adalah suatu pengajuan atas biaya perawatan pasien JKN oleh rumah sakit kepada badan penyelenggara jaminan kesehatan berdasarkan persyaratan yang telah disepakati, dimana di dalamnya terdapat diagnosa pasien dan segala tindakan pelayanan yang diberikan (Putri, 2022). Verifikasi klaim bertujuan untuk memastikan biaya pelayanan peserta BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Pada alur pengelolaan berkas klaim akan dilakukan proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim sebagai dasar penagihanbiaya verifikasi. Proses verifikasi akan dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan setelah berkas klaim pelayanan kesehatan diterima dari fasilitas kesehatan kemudian berkas akan dilakukan verifikasi administrasi kepesertaan dan pelayanan dan selanjutnya diverifikasi melalui *software* INA-CBGs berdasarkan standar *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (ICD-10) dimana pembayaran dilakukan berdasarkan kode diagnosis maupun tindakan, tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan (Ariyanti and Gifari, 2019).

Rumah sakit mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan untuk memperoleh penggantian biaya operasional atas layanan kesehatan. Proses klaim dimulai dengan penyerahan berkas klaim oleh rumah sakit ke BPJS Kesehatan setiap bulan. BPJS Kesehatan melakukan purifikasi dan verifikasi berkas klaim berdasarkan peraturan dan kesepakatan klaim yang berlaku serta menerbitkan berita acara berkas klaim dalam waktu 10 hari sejak berkas klaim diterima (Listiyawati, 2022). Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan menurut petunjuk teknis verifikasi klaim memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan

tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan. Ketidak sesuaian administrasi kepesertaan yaitu pada data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung dan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim karena sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014 apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke Rumah Sakit untuk dilengkapi (Santiasih et al., 2021).

Permenkes no. 28 tahun 2014 dan di dalam Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan menyebutkan bahwa untuk mendapatkan imbal jasa atas layanan kesehatan kepada peserta JKN, rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim yang diajukan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator. Teknis administrasi klaim dan verifikasi program Jaminan Kesehatan Nasional masyarakat, bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab. Berdasarkan Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat. Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim (Sari et al., 2020).

Keterlambatan pengiriman berkas klaim berdampak kepada penerimaan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan. Keterlambatan penerimaan pembayaran ini mempengaruhi arus kas rumah sakit, hal ini mempengaruhi kebijakan alokasi dan perencanaan anggaran rumah sakit pembayaran biaya klaim sangat berpengaruh terhadap lancarnya keberlangsungan sistem operasi atau sistem perencanaan rumah sakit dalam menjaga dan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan Rumah Sakit, hal ini dapat menyebabkan adanya permasalahan pending klaim (Sander *et al.*, 2022). Verifikasi klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Apabila pada saat pembayaran sering terjadi penangguhan pembayaran yang berlebihan maka dapat menimbulkan pending claim. Pending claim merupakan suspension of payment yaitu penangguhan pembayaran atas hutang-hutang yang sudah boleh ditagih untuk menghindari kepailitan (Hendra et al., 2021).

Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator yang tujuannya untuk menguji kebenaran dan kelengkapan administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Berkas klaim yang pending dapat menyebabkan pembayaran klaim ke Rumah Sakit terlambat dan merugikan keuangan Rumah Sakit serta mengakibatkan keterlambatan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya (Triatmaja et al., 2022). Apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim (Persi dalam Nuraini *et al.*, 2019).

Klaim yang dipending menyebabkan pembayaran fasilitas kesehatan tidak sesuai dengan biaya yang diajukan. Terjadinya klaim yang dipending dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit, khususnya rumah sakit milik pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan sehingga mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan (Muroli et al., 2020).

Administrasi klaim dalam INA-CBGs adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh RS dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Administrasi klaim merupakan suatu kesatuan dimulai dari proses di RS mengajukan klaim sampai di BPJS kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim dan pembayaran klaim. RS akan mengajukan klaim dalam bentuk hardcopy untuk rekapitulasi dan softcopy untuk data individu klaim. Verifikasi dilakukan dengan menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Apabila sudah ada kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan sesuai dengan ketentuan (Pradani dalam Faik Agiwahyunto et al., 2021).

Sistem INA-CBGs sesuai dengan UU No. 40 tahun 2004 mengamanatkan bahwa BPJS kesehatan untuk membayar fasilitas kesehatan secara efektif dan efisien, dengan ketentuan pembayaran fasilitas kesehatan berdasarkan cara Indonesian Case Based Groups (INA CBGs). Terkait dengan sistem pembayaran, rekam medis pasien digunakan sebagai acuan dalam melengkapi semua administrasi persyaratan klaim yang dibutuhkan. Hal ini sesuai dengan salah satu kegunaan rekam medis sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien (Putri and Budi, 2020).

Dalam perhitungan tarif tagihan kepada pasien BPJS menggunakan Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) yang mulai diberlakukan pada tanggal 26 Oktober 2016 melalui peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016. Sistem ini merupakan aplikasi pengajuan klaim Rumah sakit, balai dan klinik yang melayani peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem ini mempunyai kaitan dengan tarif yang ditentukan oleh pemerintah berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif pelayanan kesehatan. Dalam sistem Indonesian Case Based Groups (INA-CBG) besaran pembayaran klaim oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial (BPJS) Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (Endang, 2022).

Masalah pending klaim ini terjadi terjadi karena beberapa faktor antara lain persyaratan yang tidak lengkap atau resume medis yang tidak lengkap, koding atau kesalahan koding untuk menentukan diagnosis utama, sehingga verifikator BPJS harus menyerahkan kembali dokumen klaim terlebih dahulu kepada bagian verifikasi yang ada di rumah sakit atau dokter penanggung jawab pasien untuk meminta kelengkapan dokumen. Hal tersebut mengakibatkan penagihan klaim dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit tertunda dan berdampak pada keuangan Rumah Sakit serta menyebabkan tidak tepatnya waktu pembagian jasa medis dokter dan jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan.

Masalah pending klaim di Indonesia pada tahun 2021 mencapai 2.248 kasus dengan persentase sebesar 6,12% dengan biaya Rp 3,4 triliun, dan 0,39% adalah klaim-klaim yang telah kadaluarsa atau yang tidak sesuai ketentuan sebanyak 4.567

kasus dengan biaya Rp 193 miliar. Banyak permasalahan pending klaim terjadi karena berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum lengkap, sedangkan klaim dispute terjadi jika dari hasil verifikasi klaim yang diajukan rumah oleh sakit terdapat ketidaksesuaian atau ketidaksepakatan yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis (CNBC Indonesia, 2021). Permasalahan pending klaim yang terjadi menunjukkan bahwa masih banyak permasalahan administrasi klaim yang terjadi di Rumah Sakit. Hal ini tentu saja menimbulkan banyak kerugian bagi pihak pihak Rumah Sakit. Oleh karena itu dibutuhkan verifikator internal dalam pengawasan pending klaim sehingga permasalahan pending klaim dapat diminimalisirkan.

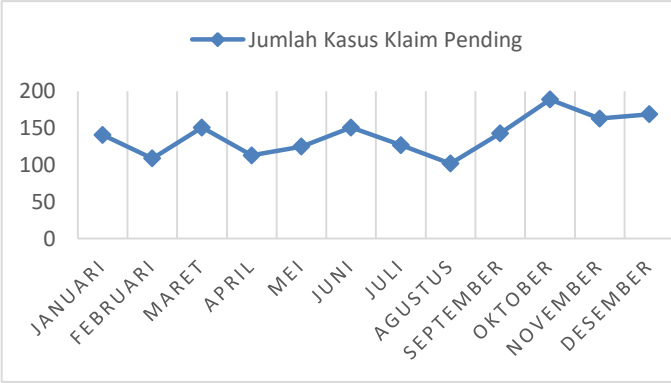
Asuransi Kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintahan Indonesia melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia terutama untuk Pegawai Negeri Sipil dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. Peserta BPJS kesehatan yang telah mendaftar dan membayar iuran berhak mendapatkan manfaat jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan nasional oleh BPJS Kesehatan menanggung peserta dan anggota keluarganya dengan jumlah total per keluarga maksimal lima orang sesuai dengan perawatan kelas yang dipilih oleh peserta BPJS (Mariyam, 2018).

Sistem asuransi kesehatan memiliki perbedaan dengan sistem asuransi kesehatan pada Negara Myanmar, hal ini dikarenakan sistem asuransi kesehatan pada Negara Myanmar mengalami kekurangan regulasi dan kebijakan yang disebabkan kurangnya tanggung jawab pemerintah untuk menetapkan aturan dan regulasi untuk asuransi kesehatan dan menggunakan sistem asuransi kesehatan berbasis pajak untuk seluruh penduduk Myanmar (Van Rooijen *et al.*, 2018). Pada Negara China dalam sistem asuransi kesehatan menggunakan sistem asuransi perawatan jangka panjang berbasis asuransi sosial. Kriteria pembayaran dan asuransi perawatan jangka panjang pada Negara China menggunakan model perawatan jangka panjang yang berbeda pada setiap provinsi yang berada pada Negara China (Hu and Zhang, 2023). Sistem asuransi kesehatan pada Negara Taiwan di kelola oleh NHI (*National Health Insurance*) yang merupakan *single payer* dalam sistem pembiayaan kesehatan di Taiwan. NHI merupakan asuransi kesehatan wajib (*mandatory system*) yang sebagian besar dibiayai melalui premi dalam bentuk pajak gaji (*payroll tax*) dan ditambah dengan pendanaan langsung dari pemerintah l yang bersifat mandatory dengan sistem *single-payer* yang diatur oleh Pemerintah dan dijalankan oleh *the Bureau of National Health Insurance* yang berasal dari tiga sumber yaitu 36% dari pemerintah, 26% dari pengusaha dan 38% dari masyarakat (Indrayathi, 2016).

Rumah Sakit Murni Teguh Medan merupakan salah satu rumah sakit swasta yang berada di Kota Medan dengan memiliki standar mutu serta menerapkan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance/GCG*) yang bertujuan untuk memberikan acuan yang sama bagi stakeholder Rumah Sakit Murni Teguh Medan. Dalam menciptakan pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi masyarakat rumah Rumah Sakit Murni Teguh khususnya pada pelayanan asuransi kesehatan pihak Rumah Sakit Murni Teguh memiliki dua dokter verifikator internal untuk menangani masalah klaim pending dengan jumlah data pengajuan klaim rawat inap tahun 2021 sebanyak 16.023 kasus. Adapun kasus klaim pending yang terjadi di Rumah Sakit Murni Teguh Medan pada tahun 2021 sebagai berikut:

Tabel 1.1 Jumlah Kasus Klaim Pending Rumah Sakit Murni Teguh Medan Pada Tahun 2021

Bulan	Jumlah Kasus Klaim Pending	Persentase
Januari	141 kasus	11,4%
Februari	109 kasus	9,1%
Maret	151 kasus	10,7%
April	113 kasus	7,9%
Mei	125 kasus	10,5%
Juni	151 kasus	11,3%
Juli	127 kasus	10%
Agustus	102 kasus	10,6%
September	143 kasus	11,7%
Oktober	189 kasus	12,2%
November	163 kasus	10%
Desemver	169 kasus	10%



Sumber: Rumah Sakit Murni Teguh, 2023.

Sumber: Rumah Sakit Murni Teguh, 2023.

Gambar 1.1 Grafik Jumlah Kasus Klaim Pending Rumah Sakit Murni Teguh Medan Pada Tahun 2021

Berdasarkan data yang telah diperoleh pada tabel 1.1 menunjukkan jumlah kasus klaim pending pada Rumah Sakit Murni Teguh Medan pada tahun 2021 mengalami fluktuasi, namun terdapat kasus yang tertinggi yaitu pada bulan Oktober sebanyak 189 kasus dengan persentase sebesar 12,2% dan pada bulan November kasus klaim pending mengalami penurunan sehingga jumlah kasus hanya mencapai 163 kasus dengan persentase 10% namun pada bulan Desember kasus klaim pending mengalami peningkatan sehingga kasus mencapai 169 kasus dengan persentase 10%. Hal ini menunjukkan bahwa berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum lengkap, adanya ketidaksesuaian verifikasi klaim yang diajukan rumah oleh sakit sehingga penagihan klaim dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit tertunda dan berdampak pada keuangan Rumah Sakit serta menyebabkan tidak tepatnya waktu pembagian jasa medis dokter dan jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan Rumah Sakit Murni Teguh Medan.

Kusumawati (2019) dalam penelitiannya menuatakan bahwa dokter verifikator internal terbukti dapat menurunkan angka klaim pending rawat inap karena kesalahan koding dan didapatkan penyebab terjadinya kesalahan koding yaitu ketidaklengkapan resume medis, kurang telitinya koder, kurangnya pengetahuan koder, ketidakseragaman informasi terkait koding dan overload berkas klaim yang tidak diiringi dengan kesesuaian jumlah koder. Hal tersebut dapat diminimalisir

dengan penggunaan rekam medis elektronik, pelatihan tenaga koder, team building dan penambahan tenaga koder. Hal ini dikarenakan dokter verifikator internal memiliki tugas yang penting didalam menurunkan angka klaim pending terutama untuk mengontrol kesesuaian koding dengan diagnosa pada resume medis. Penilaian untuk dokter verifikator tersebut dapat dilihat dari banyaknya jumlah berkas klaim pending yang diterima oleh unit JKN dan Pengembangan Pelayanan setelah direkrutnya dokter verifikator internal.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena permasalahan yang telah diuraikan, maka penelitian ini bertujuan untuk melakukan analisis peranan dokter verifikator internal dalam menurunkan pending klaim. Maka penelitian ini akan dilakukan dengan judul “**Evaluasi Peran Dokter Verifikator Internal Dalam Menurunkan Klaim Pending**”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka terdapat rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Apa saja faktor-faktor yang menyebabkan klaim pending?
2. Apa saja faktor-faktor yang menyebabkan kesalahan koding klaim?
3. Bagaimana peranan dokter verifikator internal dalam menurunkan klaim pending?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis peran dokter verifikator internal dalam menurunkan klaim pending di RSUD Murni Teguh Medan Tahun 2022

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk menganalisis pengaruh kelengkapan berkas klaim dalam menurunkan klaim pending di RSUD Murni Teguh Medan.
2. Untuk menganalisis pengaruh kelengkapan dokumen administrasi dalam menurunkan klaim pending di RSUD Murni Teguh Medan.
3. Untuk menganalisis pengaruh kualitas koding dalam menurunkan klaim pending di RSUD Murni Teguh Medan.
4. Untuk menganalisis pengaruh efektivitas teknologi dalam menurunkan klaim pending di RSUD Murni Teguh Medan.
5. Untuk menganalisis pengaruh sumber daya manusia terhadap kesalahan koding klaim di RSUD Murni Teguh Medan.
6. Untuk menganalisis pengaruh tingkat pendidikan terhadap kesalahan koding klaim di RSUD Murni Teguh Medan.
7. Untuk menganalisis pengaruh pengetahuan sumber daya manusia terhadap kesalahan koding klaim di RSUD Murni Teguh Medan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi mengenai peranan dokter verifikator internal dalam menurunkan klaim pending serta dapat menambah wawasan mengenai faktor-faktor apa saja yang menyebabkan klaim pending dalam proses pelayanan kesehatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan menjadi bahan pengembangan mengenai analisis peranan dokter verifikator internal dalam menurunkan klaim pending bagi pihak rumah sakit sehingga dapat meminimalisir kasus klaim pending dalam proses pelayanan kesehatan.