

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Oleh karena itu, pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau sekaligus menjamin akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan dengan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau BPJS Kesehatan. Didukung oleh Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menjelaskan bahwa BPJS merupakan badan penyelenggara jaminan sosial yang dibentuk pemerintah, berfungsi sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan yang dilakukan secara merata, serentak, dan berjenjang dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti klinik maupun Puskesmas hingga ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) seperti rumah sakit.

Rumah sakit merupakan lembaga pelayanan kesehatan lanjutan yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2014), rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan (Faskes) atau Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Permenkes Nomor 51 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan (2018) juga menjelaskan bahwa untuk meningkatkan kualitas dan kesinambungan program jaminan kesehatan, perlu memberikan acuan dalam pengenaan urun biaya dan selisih biaya sebagai bagian upaya kendali mutu dan kendali biaya serta pencegahan penyalahgunaan pelayanan di fasilitas kesehatan. Acuan yang dalam pelaksanaan proses klaim yang digunakan oleh BPJS

kesehatan adalah sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). Sistem tersebut merupakan sistem pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita.

RSUD Waluyo Jati sebagai rumah sakit pemerintah wajib melayani peserta BPJS Kesehatan, saat ini 95% pasien yang dilayani merupakan penerima manfaat atau pengguna BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, sebagian besar sumber dana RS berasal dari pengajuan klaim pada BPJS Kesehatan sehingga terjadinya pending klaim tentunya akan memberikan dampak pada operasional rumah sakit. Klaim yang diajukan terbagi menjadi 2 (dua) yakni klaim rawat jalan dan klaim rawat inap. Berdasarkan studi pendahuluan, RSUD Waluyo Jati dalam bulan Januari hingga bulan Maret tahun 2023 telah melakukan pengajuan klaim sebanyak 10.435 berkas terdiri dari 8.171 berkas rawat jalan dan 2.264 berkas rawat inap dengan rincian tabel berikut.

Tabel 1.1 Jumlah Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan

No	Bulan	Jumlah Klaim Rawat Jalan yang diajukan	Jumlah Klaim Rawat Inap yang diajukan
1	Januari 2023	2681	793
2	Februari 2023	2613	684
3	Maret 2023	2877	787

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 1.1 jumlah pengajuan klaim tersebut tentunya sangat penting bagi rumah sakit sebagai penggantian biaya pasien asuransi yang telah berobat di RSUD Waluyo Jati. Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS Kesehatan akan melalui tahap verifikasi berkas. Sebelum dilakukan pembayaran klaim maka klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan akan melalui tahap verifikasi oleh verifikator BPJS untuk menguji kebenaran administrasi sekaligus untuk menjaga mutu pelayanan agar biaya program Jaminan Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu, dan tepat sasaran. Pengajuan klaim dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS dengan syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi antara lain kelengkapan dari peserta (kartu BPJS, fotokopi KK/KTP, dan rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama), Surat Elegibilitas Pelayanan (SEP), asuhan

medis (*resume*, dan laporan penunjang), tanda tangan dokter yang bersangkutan, dan kesesuaian kode diagnosa (ICD 10) atau kode tindakan (ICD 9).

Jika dalam tahap verifikasi ada kelengkapan yang belum terpenuhi maka berkas akan dikembalikan atau dipending dan pembayaran akan ditangguhkan, berikut merupakan data pending klaim yang terjadi di RSUD Waluyo Jati.

Tabel 1.2 Jumlah Pending Klaim BPJS Kesehatan

No	Bulan	Jumlah Klaim Rawat Jalan yang diajukan	Jumlah Klaim Rawat Jalan yang pending	Jumlah Klaim Rawat Inap yang diajukan	Jumlah Klaim Rawat Inap yang pending
1	Januari 2023	2681	17	793	281
2	Februari 2023	2613	15	684	275
3	Maret 2023	2877	13	787	298

Sumber : Data Primer

Tabel 1.2 tersebut menunjukkan bahwa kenaikan jumlah klaim yang diajukan berpengaruh terhadap jumlah klaim yang terpending dan selain itu dapat disimpulkan bahwa jumlah klaim pending rawat inap lebih banyak daripada jumlah klaim pending rawat jalan. Hal tersebut terjadi karena adanya persyaratan yang belum lengkap atau terdapat laporan penunjang yang belum terlampir, resume medis yang tidak cukup jelas terbaca, maupun pengkodean yang kurang tepat. Faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan persyaratan klaim dapat diketahui dengan menggunakan lima faktor yaitu *man* (manusia), *method* (metode), *material* (bahan), *machine* (mesin), dan *money* (uang) yang lebih dikenal dengan 5M. Didukung oleh penelitian Rohman, dkk (2021) yang menyatakan bahwa penggunaan 5M dapat membantu mengidentifikasi akar penyebab dari masalah lewat sumber daya yang ada. Selain ketersediaan sumber daya, pengelolaan yang baik juga diperlukan. Nuraini, dkk (2019) menegaskan bahwa pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik. Terry dalam Nuraini, dkk (2019) menjelaskan bahwa untuk mencapai sebuah sasaran atau proses klaim yang baik maka penyedia layanan dapat menggunakan *Planning* (Perencanaan), *Organization* (Organisasi), *Actuating* (Pelaksanaan), dan *Controlling* (Pengawasan) atau POAC melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.

Pratama (2021) menjelaskan bahwa selain berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS ke rumah sakit, adanya berkas BPJS rawat inap yang mengalami pending klaim juga mengakibatkan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya terhambat. Dampak lain dari pending klaim yaitu bertambahnya beban kerja petugas karena harus merevisi kelengkapan klaim yang dikembalikan (Sulaimana, 2017). Berdasarkan uraian telah dijabarkan maka permasalahan yang akan diangkat oleh peneliti adalah terkait faktor apa saja yang berpengaruh terhadap pending klaim di RSUD Waluyo Jati khususnya klaim rawat inap ditinjau unsur manajemen 5M yaitu *Man, Money, Method, Material, dan Machine* dan proses manajemen POAC yaitu *Planning, Organizing, Actuating, dan Controlling* dengan tujuan untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai kejadian pending klaim di RSUD Waluyo Jati dan mencari rekomendasi pemecahan masalah terkait pending klaim RSUD Waluyo Jati.

B. Fokus Penelitian

Berdasarkan latar belakang pemikiran tersebut, maka fokus penelitian dalam penelitian ini adalah terkait pelaksanaan klaim rawat inap BPJS kesehatan dengan 5M dan POAC di RSUD Waluyo Jati

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplor pelaksanaan klaim rawat inap BPJS kesehatan dengan 5M dan POAC di RSUD Waluyo Jati.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengeksplor alur pelaksanaan klaim rawat inap BPJS kesehatan di RSUD Waluyo Jati.
- b. Mengeksplor permasalahan terkait pelaksanaan klaim rawat inap di RSUD Waluyo Jati yang terdiri dari faktor *Man, Money, Method, Material dan Machine*.

- c. Mengeksplor permasalahan terkait pelaksanaan klaim rawat inap di RSUD Waluyo Jati yang terdiri dari faktor *Planning*, *Organizing*, *Actuating* dan *Controlling*.
- d. Menentukan alternatif pemecahan masalah penyebab pending klaim rawat inap BPJS kesehatan di RSUD Waluyo Jati.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam dua aspek :

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai referensi mengembangkan penelitian lebih lanjut terkait pembiayaan rumah sakit bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dibidang pembiayaan rumah sakit.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi terkait pending klaim sekaligus masukan perbaikan penyebab pending klaim dan bahan pertimbangan dalam menyusun strategi serta penyempurnaan penjaminan di rumah sakit.

E. Keaslian Penelitian

Untuk mendapatkan referensi yang relevan terhadap obyek penelitian, maka peneliti mengambil beberapa penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu yang mengambil tema penelitian mengenai pending klaim.

Tabel 1.3 Penelitian Terdahulu

No	Nama (Tahun)	Judul Penelitian	Jenis Penelitian	Variabel Penelitian	Subjek Penelitian
1	Taliana D. Malonda, dkk (2015)	Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano	Kualitatif	Manusia, sarana prasarana, dan kebijakan	Direktur RS, Kepala Ruangan, Kepala RM, DPJP, Perawat Pelaksana, Petugas RM, Petugas Koder/ Petugas Entry Data, Petugas Verifikator
2	Estri Aditya	Keterlambatan Pengumpulan	Deskriptif Kualitatif	<i>Man, method, machine, material</i> , dan	Staf manajemen, staf IJP, petugas

No	Nama (Tahun)	Judul Penelitian	Jenis Penelitian	Variabel Penelitian	Subjek Penelitian
	Pradani, dkk (2017)	Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS Bhayangkara Semarang		<i>money</i>	apotik, dan perawat IGD, rawat jalan dan rawat inap
3	Agus Sarjono dan Endang Ruswanti (2017)	Penundaan Klaim BPJS rawat inap disebabkan ketidaklengkapan rekam medis (Studi Kasus Rumah Sakit Sari Asih Karawaci Tangerang)	Kuantitatif	Variabel Dependensi : Pengajuan klaim BPJS Variabel Independensi : Kelengkapan rekam medis	Berkas rekam medis
4	Ayu Nadya dan Pujiyanto (2018)	Faktor – Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018	Kualitatif	Ketelitian Petugas Koder dan Grouper, Kesalahan input, Revisi Penempatan Diagnosis, serta Ketidaklengkapan Resume Medis dan Konfirmasi Diagnosis	Verifikator, Koder, dan <i>Grouper</i>
5	Yastori (2021)	<i>Cases of Dispute and Pending Claims in Hospitals in the Era of National Health Insurance</i>	<i>Descriptive qualitative</i>	<i>The main factor of the pending cases of multiple hospital claims</i>	<i>15 e-claim files taken in total from April – July 2021</i>

Perbedaan penelitian ini dari penelitian sebelumnya yaitu terletak pada variabel yang diteliti. Peneliti nantinya akan membedakan faktor penyebab pending klaim berkas rawat inap BPJS Kesehatan. Penyebab pending klaim karena adanya kesalahan administrasi seperti kesalahan cetak surat elegibilitas peserta, ketidaklengkapan medis seperti pengisian formulir resume medis atau bukti penunjang, dan atau kesalahan dalam pengkodean. Akar permasalahan ini akan digali dengan mengidentifikasi penyebab mendasar terjadinya penundaan pembayaran klaim yang meliputi faktor *man, money, method, material, machine, planning, organizing, actuating, dan controlling*.