

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak bagi setiap warga negara. Suatu negara berhak bertanggung jawab akan pemberian kebutuhan jaminan kesehatan kepada setiap warga negaranya. Sejalan dengan hal tersebut, Indonesia kemudian membentuk suatu sistem jaminan sosial yang disebut dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Berdasarkan (Undang-Undang, 2004) Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan sebuah sistem penyelenggaraan program jaminan sosial yang dikelola oleh badan penyelenggara jaminan sosial. Dalam implementasinya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) kemudian membentuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi sosial dan bersifat wajib diikuti oleh seluruh Warga Negara Indonesia (Driss, 2017).

Jaminan Kesehatan Nasional ini mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014. Menurut (Undang-Undang, 2011) terdapat dua badan hukum yang terlibat dalam pelaksanaan jaminan sosial yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (BPJS Ketenagakerjaan). Pada Jaminan Kesehatan Nasional badan hukum yang bertanggung jawab atas jaminan kesehatan adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

BPJS Kesehatan kemudian bekerjasama dengan fasilitas pelayanan kesehatan seperti dokter, klinik dan rumah sakit (Artanto Antonius, 2018). Hal ini kemudian diwujudkan pada dua fasilitas kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) meliputi Puskesmas, Praktik dokter, Praktik dokter gigi, Klinik pratama dan Rumah sakit kelas D pratama, sedangkan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) meliputi Klinik Utama, Rumah sakit umum dan Rumah sakit khusus (Permenkes, 2014). Pelayanan kesehatan dilakukan secara berjenjang. Jika diperlukan sesuai indikasi medis peserta dapat

dirujuk ke FKRTL (PMK No.28, 2014). Layanan FKRTL yang sering digunakan dalam pelayanan JKN adalah rumah sakit. Menurut (Permenkes, 2020) Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Metode pembayaran kesehatan di rumah sakit dalam program JKN dilakukan dengan pola pembayaran *case based groups*. Pola pembayaran *case based groups* yang merupakan jenis sistem pembayaran prospektif. Sistem pembayaran prospektif merupakan sebuah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan namun besaran biayanya telah diketahui sebelum layanan kesehatan diberikan (Permenkes, 2016). Sistem pembayaran prospektif yang digunakan di Indonesia ini disebut dengan INA-CBGs. Dengan sistem pembayaran ini, dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita (Santiasih, Simanjorang and Satria, 2021a) . Sistem INA-CBGs digunakan oleh rumah sakit sebagai proses pengajuan klaim atas pelayanan yang telah dilakukan pada kasus rawat inap maupun rawat jalan kepada BPJS Kesehatan. Biaya yang akan dilakukan klaim sebelumnya telah disepakati antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan.

Proses pengajuan klaim secara kolektif dan lengkap dilakukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan dilakukan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2018). Apabila rumah sakit telah mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan, selanjutnya berkas klaim rawat inap maupun rawat jalan akan melalui proses verifikasi. Proses verifikasi ini dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Menurut Buku Petunjuk Verifikasi Klaim tahun 2014, verifikasi yang dilakukan meliputi verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Setelah dilakukan verifikasi oleh verifikator, maka verifikator BPJS Kesehatan akan mengirimkan berita acara kepada pihak rumah sakit yang berisi pemberitahuan status klaim yang sebelumnya telah diajukan oleh rumah sakit.

Apabila proses verifikasi telah dilakukan, BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas klaim yang layak, namun untuk berkas klaim yang tidak layak maka dikembalikan ke rumah sakit

untuk diperiksa kembali (Firyal Nabila *et al.*, 2020). Klaim dikatakan layak apabila berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan telah memenuhi ketentuan administrasi yang berlaku terutama syarat administrasi yang sebelumnya telah disepakati pada Perjanjian Kerjasama (PKS) antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan. Sedangkan klaim dikatakan tidak layak (pending) apabila klaim telah dilakukan verifikasi namun tidak memenuhi persyaratan administrasi sehingga mengalami penundaan pembayaran oleh BPJS Kesehatan. Klaim pending merupakan klaim yang terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum lengkap (Maulida and Djunawan, 2022). Menurut (Pratama *et al.*, 2023) klaim pending dapat berdampak pada keuangan rumah sakit serta menyebabkan tidak tepatnya pembagian jasa medis dokter dan jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang dikhawatirkan dapat mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan di rumah sakit.

Rumah Sakit Rizani merupakan salah satu rumah sakit yang terletak di Kecamatan Paiton, Kabupaten Probolinggo. Rumah Sakit Rizani merupakan rumah sakit kelas C Swasta yang telah memperoleh kelulusan tingkat Paripurna yang memiliki pelayanan medis yang meliputi instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, instalasi bedah sentral, instalasi perawatan intensif, kamar bersalin dan rekam medis. Dalam mencapai visi dan misinya, Rumah Sakit Rizani turut berpartisipasi sebagai rumah sakit yang telah melakukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk melakukan pelayanan kesehatan berdasarkan mekanisme Jaminan Kesehatan Nasional. Tentunya Rumah Sakit Rizani telah melakukan alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang sesuai namun masih mengalami kendala klaim pending setiap bulannya.

Penyebab terjadinya klaim pending pada rumah sakit dikarenakan beberapa faktor dan setiap rumah sakit tentunya memiliki permasalahan yang berbeda-beda. Khususnya pada pelayanan kasus rawat inap yang cenderung memiliki banyak perbedaan permasalahan pada pasien sehingga cenderung terjadi kesalahan yang dapat menyebabkan terjadinya klaim pending. Menurut penelitian (Tambunan *et al.*, 2022) mengelompokkan faktor penyebab klaim rawat inap BPJS Kesehatan tertunda di RSUD Tarakan diakibatkan tiga faktor yaitu faktor administrasi dengan persentase 12% , faktor coding dengan persentase 53%, dan faktor penunjang medis

lainnya dengan persentase 25%. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, maka faktor koding yakni ketidaksesuaian diagnosa rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan menjadi faktor penyebab tertinggi terjadinya klaim pending di RSUD Tarakan. Selain itu, berdasarkan penelitian (Niat Sehati Halawa *et al.*, 2018) bahwa berkas pending BPJS Kesehatan terbanyak di RSUD IPI Medan disebabkan oleh faktor koding sebesar 45%, kemudian disusul oleh faktor administrasi sebesar 33%, dan faktor indikasi medis sebesar 22%. Sejalan dengan kedua penelitian tersebut, maka berdasarkan penelitian (Pratama *et al.*, 2023) berkas klaim pending BPJS Kesehatan layanan rawat inap disebabkan oleh tiga faktor yaitu faktor koder sebesar 22,5%, faktor medis sebesar 16,98%, dan faktor administrasi sebesar 12,5%.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan September – Oktober 2023 dengan cara observasi dan wawancara pada unit casemix di Rumah Sakit Rizani Paiton Kabupaten Probolinggo terkait klaim pending BPJS Kesehatan pada kasus rawat inap telah ditemukan bahwa klaim pending terjadi setiap bulannya pada kasus rawat inap dan berjumlah lebih besar dibandingkan kasus rawat jalan. Pada pelayanan rawat inap bulan Maret 2023 terdapat 30 berkas klaim pending BPJS Kesehatan layanan rawat inap di Rumah Sakit Rizani.

Tabel 1. 1 Klaim Pending Bulan Maret 2023

Penyebab Pending	Jumlah	Presentase
Aspek Administrasi	5	17%
Aspek Koding	16	53%
Aspek Medis	9	30%

Berdasarkan tabel 1.1 bahwa penyebab klaim pending disebabkan oleh aspek administrasi, aspek koding dan aspek medis. Apabila dilihat pada tabel 1.1 bahwa penyebab terbanyak klaim pending rawat inap bulan Maret 2023 yaitu dari aspek koding sebesar 16 berkas klaim dengan persentase 53%, kemudian diikuti aspek medis sebesar 30%, dan aspek administrasi sebesar 17%. Apabila berkas klaim pending rawat inap tidak segera diatasi maka hal ini berdampak pada keuangan rumah sakit dan dapat mempengaruhi operasional rumah sakit.

Maka sejalan dengan permasalahan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Rizani dengan judul “Gambaran Faktor Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan Layanan Rawat Inap di Rumah Sakit Rizani Paiton Probolinggo”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah penelitian adalah “ Bagaimana gambaran faktor- faktor penyebab klaim pending BPJS Kesehatan layanan rawat inap di Rumah Sakit Rizani Paiton Kabupaten Probolinggo? ”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran faktor-faktor penyebab klaim pending BPJS Kesehatan layanan rawat inap di Rumah Sakit Rizani Paiton Kabupaten Probolinggo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui penyebab klaim pending pada aspek administrasi di Rumah Sakit Rizani Paiton Kabupaten Probolinggo.
2. Untuk mengetahui penyebab klaim pending pada aspek koding di Rumah Sakit Rizani Paiton Kabupaten Probolinggo.
3. Untuk mengetahui penyebab klaim pending pada aspek medis di Rumah Sakit Rizani Paiton Kabupaten Probolinggo.
4. Untuk mengetahui faktor dominan dari penyebab klaim pending di Rumah Sakit Rizani Paiton Kabupaten Probolinggo.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti terkait klaim pending dan faktor-faktor penyebab klaim pending BPJS Kesehatan rawat inap.

2. Bagi Institusi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan informasi dan acuan pengembangan ilmu klaim pelayanan kesehatan di rumah sakit. Selain itu, sebagai bahan referensi tambahan untuk penelitian selanjutnya.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dalam pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan pada kasus klaim rawat inap