

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia (Depkes RI, 2009b). Hal ini sejalan dengan amanat resolusi WHO ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) Langkah mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) semakin nyata, dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT Askes Persero sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) berubah menjadi BPJS Kesehatan. Program Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial untuk menjamin pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Program Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN – KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan juga memberi kepastian bahwa seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil dan merata (BPJS Kesehatan, 2020).

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara program Jaminan Kesehatan Nasional dalam menjalankan fungsinya bekerjasama dengan fasilitas kesehatan (Republik Indonesia, 2013). Komponen penting dalam implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah pembiayaan kesehatan. Pembiayaan kesehatan di rumah sakit diperoleh dari pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta (Kementerian Kesehatan RI, 2016b). 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. BPJS

kesehatan melakukan pembayaran kepada rumah sakit maksimal 15 hari sejak berita acara berkas klaim dikeluarkan. Pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan bertujuan agar rumah sakit dapat mempertahankan arus kas sehingga pelayanan kesehatan kepada pasien disampaikan tepat waktu. Berkas klaim yang dinyatakan tidak lengkap setelah melalui proses verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan, menyebabkan *pending claim* yang berdampak keterlambatan pembayaran klaim.

Pemaparan ARSSI (2019) menyatakan bahwa keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan berdampak pada gangguan operasional rumah sakit. Menurut Anyaprita (2019) menyatakan bahwa keterlambatan pembayaran klaim dapat mempengaruhi arus kas keuangan rumah sakit, sehingga rumah sakit harus memprioritaskan pembayaran tagihan yang bersifat krusial dulu. Kebijakan ini mempengaruhi kualitas mutu pelayanan di rumah sakit. Penelitian Ambarwati (2021) juga menyatakan bahwa penurunan arus kas yang disebabkan penundaan pembayaran, tingginya *pending claim*, ketidaklengkapan dokumen klaim, ketidaksiapan aplikasi dan jumlah verifikator dalam memverifikasi ulang juga mengakibatkan terjadinya hambatan operasional rumah sakit, antara lain penurunan kemampuan kewajiban membayar penyedia obat dan alat kesehatan termasuk pembayaran gaji tenaga kesehatan dan karyawan rumah sakit.

Semarajana & Soewondo (2019) menyebutkan bahwa *pending claim* dan *unclaimed* mengakibatkan jumlah klaim yang dibayarkan oleh BPJS lebih kecil dibandingkan ajuan awal klaim tersebut. Hal ini berdampak pada arus kas rumah sakit dan menimbulkan masalah pada penggajian karyawan, pembayaran layanan medis spesialis, ketersediaan obat dan pemeliharaan fasilitas rumah sakit dan peralatan medis. Rohman et al. (2017) juga menyatakan terjadinya *pending claim* memiliki pengaruh besar terhadap pemasukan dana bagi rumah sakit dan dapat mempengaruhi indikator mutu tim jaminan kesehatan. Disamping itu dengan adanya *pending claim* tidak sesuai target yang diharapkan dimana direktur Rumah Sakit Nur Hidayah memberikan target *zero pending* untuk pengajuan klaim pada setiap bulannya. Di Rumah Sakit Nur Hidayah, klaim yang mengalami *pending claim* menjadi masalah yang serius karena rata-rata pasien yang rawat inap di Rumah Sakit Nur Hidayah menggunakan asuransi BPJS.

RSUP Kariadi Semarang dipilih sebagai tempat penelitian karena merupakan rumah sakit tipe A yang menjadi rujukan bagi wilayah Jawa Tengah. Selain itu RSUP Dr Kariadi telah lama berdiri dan beroperasi sejak 9 September 1925 serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan program JKN sejak 1 Januari 2014 (RSUP Dr Kariadi, 2021). Kunjungan rawat inap di RSUP Dr Kariadi pada tahun 2019 dan 2020 didominasi pasien BPJS (PBI dan Non PBI) (RSUP Dr Kariadi, 2020). Berikut disajikan data jumlah pasien rawat inap menurut cara bayar di RSUP Dr Kariadi tahun 2020.

Tabel 1.1. Data Jumlah Pasien Rawat Inap Menurut Cara Bayar Tahun 2020

Tahun	UMUM	BPJS	JAMKESDA	SWASTA	Total
2019	2.595	48.646	134	406	51.781
2020	1.528	38.387	82	248	40.245

Sumber : Data Sekunder Laporan Tahunan Tahun (2020)

Berdasarkan tabel 1.1, diketahui bahwa jumlah kunjungan rawat inap paling banyak adalah pasien BPJS (PBI dan Non PBI). Banyaknya jumlah kunjungan pasien BPJS berpengaruh besar terhadap pendapatan utama RSUP Dr Kariadi. Hal ini sejalan dengan penelitian Purwaningsih & Puspitasari (2018) yang menyatakan bahwa jumlah pasien BPJS Kesehatan memberikan pengaruh positif terhadap pendapatan Rumah Sakit dr. Abdul Rivai Kabupaten Berau. Semakin banyak pasien BPJS Kesehatan akan semakin banyak pula pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdul Rivai Kabupaten Berau yang dapat diterima. Perubahan jumlah pasien BPJS Kesehatan sangat mempengaruhi pendapatan Rumah Sakit dr. Abdul Rivai sehingga naik atau turunnya jumlah pasien di RSUD dr. Abdul Rivai akan memberikan efek yang besar terhadap pendapatan RSUD dr. Abdul Rivai Kabupaten Berau.

Hasil wawancara dan observasi kepada petugas rekam medis, ditemukan beberapa kendala dalam pelaksanaan klaim JKN, antara lain, gangguan aplikasi *Indonesian Case Base Group* (INA CBG's), ketidaklengkapan persyaratan berkas klaim, DPJP sulit dihubungi untuk konfirmasi medis, ketidakakuratan penentuan

kode penyakit dan tindakan. Hal tersebut berdampak pada kualitas klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan, sehingga mengakibatkan *pending claim*. Proses penanganan *pending claim* tersebut, memerlukan waktu minimal 4 bulan sejak pertama klaim diajukan hingga pembayaran oleh BPJS Kesehatan.

Kelengkapan berkas klaim dan keakuratan kode diagnosa dan tindakan menjadi bagian penting dalam proses klaim. BPJS Kesehatan akan cepat memproses penggantian biaya pelayanan kesehatan, jika pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan berkas klaim maupun keakuratan kode penyakit dan tindakan. Hal ini sesuai dengan penelitian Ernawati & Kresnowati (2013) yang menyatakan bahwa salah satu aspek yang berpengaruh terhadap keberhasilan proses klaim adalah ketepatan dalam pengkodean penyakit dan tindakan oleh tenaga *coder* yang profesional di rumah sakit, kelengkapan dokumen RM, penulisan diagnosis yang lengkap, tulisan dokter yang jelas terbaca. Berikut ini disajikan data ajuan klaim JKN dan *pending claim* di RSUP Dr Kariadi Semarang Periode Januari - Juni 2021.

Tabel 1.2. Rekapitulasi Klaim JKN di RSUP Dr Kariadi Semarang Bulan Januari sampai Juni Tahun 2021

Bulan	Jumlah Berkas Ajuan Klaim JKN	Jumlah Berkas <i>Pending Claim</i> JKN	% Berkas <i>Pending Claim</i> Terhadap Berkas Ajuan Klaim JKN
Januari	2.759	108	3,91%
Februari	2.653	86	3,24%
Maret	3.310	99	2,99%
April	3.468	119	3,43%
Mei	3.219	125	3,88%
Juni	3.093	144	4,66%
Total	18.502	681	3.67%

Sumber : Data Sekunder Fomulir Persetujuan Klaim (2021)

Berdasarkan tabel 1.2, terdapat 681 berkas *pending claim* periode Januari hingga Juni Tahun 2021. Setiap berkas klaim memiliki besaran tagihan yang berbeda. Besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit atas paket layanan didasarkan kepada pengelompokkan diagnosis penyakit dan prosedur (*Case Base Group*) menggunakan software INA CBG (Kementerian

Kesehatan RI, 2016a). Besaran tarif rawat inap berdasarkan *Case Base Group* dipaparkan pada penelitian Jauharin (2014) yang menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi selisih tarif rawat inap INA CBG's dengan tarif rumah sakit pasien program JKN adalah kelas perawatan, jumlah diagnosa, tingkat keparahan penyakit (*severity level*).

Tabel 1.2 juga menunjukkan bahwa *pending claim* di RSUP Dr Kariadi berkisar 3,67% per bulan dari keseluruhan berkas klaim yang diajukan. Keterlambatan pembayaran karena *pending claim* menjadi piutang bagi RSUP Dr Kariadi sehingga jika piutang tersebut tidak dikelola dengan efektif dan efisien maka berdampak pada operasional layanan. Penelitian Sidabutar (2019) menyatakan bahwa keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan mengakibatkan jumlah piutang Rumah Sakit Panti Rini meningkat, sehingga rumah sakit harus memiliki pengelolaan piutang yang efektif dan efisien dalam proses penagihan klaim kepada BPJS Kesehatan.

Menurut Tiyas (2018) rumah sakit yang memiliki masalah dalam pengelolaan dana piutang BPJS Kesehatan akibat keterlambatan pembayaran, menjadi kendala dalam operasional layanan, jika berlangsung terus menerus dan dalam jangka waktu yang cukup lama akan menyebabkan permasalahan likuiditas bagi rumah sakit. Keterlambatan pencairan piutang BPJS Kesehatan akan menurunkan kemampuan likuiditas rumah sakit sehingga pelayanan pasien menjadi lambat dan tidak maksimal.

Berdasarkan tabel 1.2 serta dampak *pending claim* yang ditampilkan pada uraian sebelumnya, maka diasumsikan bahwa *pending claim* memiliki kecenderungan merugikan rumah sakit dari segi keterlambatan pembayaran klaim. Penelitian diperlukan untuk mengetahui akar penyebab permasalahan *pending claim* tersebut. Strategi yang dapat diterapkan menurut Dr Kaoru Ishikawa, seorang ahli pengendali kualitas dari Jepang yaitu *fishbone diagram / cause and effect diagram*. Penerapan *fishbone diagram* dapat mengidentifikasi sebab potensial dari suatu masalah (Kusnadi, 2008). Masalah akan dipecah menjadi sejumlah kategori yang berkaitan, berdasarkan unsur Sumber Daya Manusia (*man*), uang (*money*), bahan (*material*), peralatan (*machine*), proses (*method*),

(Emerson, 2021). Semua aspek menjadi lebih jelas dengan melihat bahwa semua kemungkinan dapat menjadi “penyebab” dan mencari “akar permasalahan” sebenarnya melalui *fishbone diagram* (Kusnadi, 2008).

Penerapan *fishbone diagram* dalam mengidentifikasi akar penyebab masalah terdapat pada penelitian Nilma (2018) yang menunjukkan bahwa faktor Sumber Daya Manusia (*man*), proses (*method*), peralatan (*machine*) berperan dalam pemetaan permasalahan. Penelitian Chang (2015) menunjukkan bahwa *fishbone* sebagai alat visualisasi untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah kualitas, merangkum penyebab potensial untuk efek atau masalah dengan menyortir kemungkinan penyebab ke dalam kategori.

Wahyuni (2015) menyebutkan bahwa faktor penyebab *pending claim* adalah karyawan (*man*) meliputi dokter dan petugas rekam medis atau petugas grouping. Uang (*money*) yaitu kerugian dari *pending claim* pada bulan oktober dan desember 2014 dengan tarif rumah sakit Rp. 35.715.961 dan tarif INA CBGs senilai 38.474.600. Bahan (*material*) upaya pelayanan tindakan medis yang dilakukan, obat-obatan, jasa dokter dan barang medis habis pakai terutama pemberian paket obat kronis. Proses (*method*) meliputi pelaksanaan pemberian paket obat kronis dengan jumlah 86 kasus, pengklaiman paket pelayanan/episode 109 kasus, dan pelayanan tidak berjenjang 5 kasus yang tidak sesuai dengan aturan BPJS Kesehatan serta belum adanya SOP pelaksanaan grouping. Peralatan (*machine*) meliputi belum adanya sistem *warning* pemberian paket obat kronis pada ruang dokter baik komputerisasi maupun manual. *Market* yaitu pihak yang mengajukan klaim atau pasien yang tidak mengikuti aturan pelayanan berjenjang.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti dan menganalisis faktor penyebab *pending claim* rawat inap Jaminan Kesehatan Nasional menggunakan *fishbone diagram* di RSUP Dr Kariadi Semarang. Pentingnya penerapan *fishbone diagram* akan berdampak pada perumusan strategi pemecahan masalah terkait *pending claim* dengan mengidentifikasi akar penyebab masalah, maka peneliti mengajukan penelitian yang berjudul “Analisis Faktor Penyebab *Pending Claim* Rawat Inap Jaminan Kesehatan Nasional dengan *Fishbone Diagram* di RSUP Dr Kariadi Semarang”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan permasalahan penelitian yaitu “Bagaimanakah analisis faktor penyebab *pending claim* rawat inap Jaminan Kesehatan Nasional dengan *fishbone diagram* di RSUP Dr Kariadi Semarang?”

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka tujuan penulisan proposal ini sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis faktor penyebab *pending claim* rawat inap JKN dengan *fishbone diagram* di RSUP Dr Kariadi.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini, sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi faktor SDM (*man*) meliputi jumlah ketersediaan tenaga, pendidikan, pelatihan, masa kerja serta ketelitian yang menyebabkan *pending claim* rawat inap JKN di RSUP Dr Kariadi Semarang.
- b. Mengidentifikasi faktor uang (*money*) meliputi pendapatan RS yang menyebabkan *pending claim* rawat inap JKN di RSUP Dr Kariadi Semarang.
- c. Mengidentifikasi faktor bahan (*material*) meliputi berkas klaim rawat inap yang menyebabkan *pending claim* rawat inap JKN di RSUP Dr Kariadi Semarang.
- d. Mengidentifikasi faktor peralatan (*machine*) meliputi SIM RS, grouper INA CBG's dan aplikasi Jasa Raharja yang menyebabkan *pending claim* rawat inap JKN di RSUP Dr Kariadi Semarang.
- e. Mengidentifikasi faktor proses (*method*) meliputi SOP koding, pedoman koding yang menyebabkan *pending claim* rawat inap JKN di RSUP Dr Kariadi Semarang.
- f. Menganalisis faktor penyebab *pending claim* rawat inap dengan menggunakan *fishbone diagram* di RSUP Dr Kariadi.

- g. Merumuskan pemecahan masalah dalam penyelesaian pending klaim rawat inap di RSUP Dr Kariadi.

1.4 Manfaat Penelitian

- a. Bagi Peneliti, penelitian ini bermanfaat menambah wawasan dan pengetahuan berkaitan dengan topik penelitian serta merupakan syarat dalam meraih gelar Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan (S.Tr.MIK) di Politeknik Negeri Jember.
- b. Bagi RSUP Dr Kariadi, hasil penelitian ini dapat dipertimbangkan sebagai salah satu penyelesaian masalah *pending claim* rawat inap.
- c. Bagi Politeknik Negeri Jember, sebagai bahan referensi untuk penelitian-penelitian sejenis di perpustakaan Jurusan Kesehatan khususnya Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan.