

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit adalah lembaga pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui unit rawat inap, rawat jalan, dan unit gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Rumah sakit dalam menyelenggarakan upaya kesehatan harus mampu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Pemerintah Indonesia, 2021).

Terbitnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menunjukkan komitmen nyata pemerintah dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak bagi masyarakat. Hal ini terwujud melalui implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang menerapkan sistem asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia. Mekanisme ini dilakukan secara gotong royong, di mana masyarakat membayar iuran secara berkala atau iuran tersebut ditanggung oleh pemerintah jika seseorang terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) (Pemerintah Republik Indonesia, 2004). Penyelenggaraan program JKN dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, sesuai amanat Undang-Undang Nomor 24 Tahun, 2011 dan telah beroperasi sejak 1 Januari 2014.

Program JKN terhitung sampai 1 Maret 2023 jumlah penduduk Indonesia yang sudah dijamin akses layanan kesehatan melalui Program JKN sebanyak 252,1 juta jiwa atau lebih dari 90% dari seluruh penduduk Indonesia, dan ditargetkan mampu mencakup sebesar 98% dari total penduduk Indonesia di tahun 2024 yang telah ditetapkan dalam Rancangan Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJMN) IV Tahun 2020-2024 (Bappenas, 2019) Adanya program JKN diharapkan dapat memberikan kemudahan akses fasilitas kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat dan mengurangi beban biaya kesehatan yang harus dikeluarkan secara langsung dari sumber pribadi/*Out of Pocket* (OOP). JKN merupakan

manifestasi dari komitmen Indonesia sebagai salah satu anggota Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*) dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC), yang menjadi indikator target 3.8 dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2030 di sektor kesehatan. Konsep UHC mencakup perlindungan terhadap risiko finansial, akses kepada pelayanan kesehatan esensial, serta obat-obatan dan vaksin yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi setiap individu (Baltussen et al., 2017).

Pelayanan kesehatan untuk peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), yang terdiri dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Rumah Sakit, sebagai salah satu FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, memiliki hak untuk melakukan penagihan klaim secara bersama-sama setiap bulan atas biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, dengan batas waktu paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Pihak BPJS Kesehatan memiliki kewajiban untuk membayarkan klaim tersebut dalam waktu paling lambat 15 hari kerja setelah dokumen klaim diterima lengkap oleh BPJS Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI., 2014).

Metode pembayaran yang diterapkan oleh rumah sakit dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah metode pembayaran prospektif, di mana pembayaran dilakukan berdasarkan jumlah yang telah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Metode pembayaran prospektif untuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) di Indonesia dikenal dengan istilah *Casemix INA-CBGs* (*Indonesian - Case Based Payment Groups*). Ini melibatkan pengelompokan diagnosis dan prosedur berdasarkan ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang serupa, menggunakan aplikasi e-klaim. Tarif INA-CBGs ditentukan oleh *output* pelayanan yang tergambar dalam diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang dilakukan selama perawatan (Kementerian Kesehatan RI., 2021). Oleh karena itu, kelengkapan dan kualitas rekam medis menjadi krusial karena berpengaruh pada proses *coding*, *Grouping*, dan penetapan tarif INA-CBGs.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 menyatakan bahwa rekam medis harus disusun dan diisi secara komprehensif agar menghasilkan

informasi yang akurat, karena itu mencakup dokumentasi lengkap mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Pemanfaatan rekam medis dalam proses pengajuan klaim bertujuan untuk *financial reimbursement*, di mana rekam medis menjadi rujukan dalam melengkapi persyaratan administrasi klaim dan sebagai dasar perhitungan pembayaran pelayanan medis pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Persyaratan administrasi dalam pengajuan klaim melibatkan dokumen seperti resume medis, rekapitulasi pelayanan, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rincian tagihan rumah sakit, dan dokumen lainnya (BPJS Kesehatan, 2014a). Kecepatan dan kelengkapan rekam medis memiliki dampak signifikan pada proses klaim BPJS, termasuk waktu yang dibutuhkan rumah sakit untuk menerima hasil klaim, besarnya nilai tarif klaim yang akan diterima, dan untuk keperluan pelaporan rumah sakit.

Sistem pembayaran dengan INA-CBGs di rumah sakit mengharuskan melewati tahap verifikasi oleh verifikator BPJS sebagai langkah untuk memastikan keakuratan administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah diselenggarakan oleh fasilitas kesehatan. Hal ini bertujuan untuk menjaga kualitas layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Proses verifikasi klaim dimulai dengan persiapan berkas klaim oleh fasilitas kesehatan, kemudian verifikator BPJS Kesehatan melakukan tahap verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan, dan verifikasi menggunakan perangkat lunak INA-CBGs (BPJS Kesehatan, 2014a). Selanjutnya, BPJS Kesehatan akan mengkategorikan berkas klaim menjadi klaim yang layak, klaim yang tidak layak, dan klaim yang *pending*, yang dijelaskan dalam Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). Persetujuan dan pembayaran klaim diberikan untuk berkas yang dianggap layak, sedangkan berkas yang *pending* akan dikembalikan ke rumah sakit untuk konfirmasi lebih lanjut karena adanya ketidaksesuaian dengan ketentuan dalam tahap verifikasi.

RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang merupakan salah satu rumah sakit tipe Paripurna yakni rumah sakit pendidikan yang telah bekerja sama dengan pihak BPJS sejak tahun 2014. Diketahui dari hasil wawancara dengan petugas pengelola klaim bahwa Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota

Semarang membagi beberapa tupoksi atau beberapa tanggung jawab terkait pelaksanaan jalannya klaim BPJS diantaranya yaitu admin, verifikator berkas klaim, dokter, dan koder. Berdasarkan Data Rekapitulasi Berkas Klaim *Pending* Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang klaim menunjukkan terdapat berkas klaim BPJS yang di *pending* oleh verifikator BPJS untuk dikonfirmasi baik berkas rawat inap bulan bulan Juni-Agustus tahun 2023 seperti ditunjukkan pada tabel berikut :

Tabel 1. 1 Data Rekapitulasi Berkas Klaim *Pending* di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang Bulan juni - Agustus tahun 2023

Bulan	Berkas Klaim BPJS Rawat Inap		
	Jumlah	<i>Pending</i>	%
Juni	2.416	169	6,99%
Juli	2.567	200	7,79%
Agustus	2.726	193	7,07%
Total	7.709	562	21,85%

Sumber : Kertas Kerja Rawat Inap Pelayanan Juli-Agustus Tahun 2023

Pada tabel 1.1 dapat diketahui bahwa total pengajuan berkas klaim BPJS pada bulan pelayanan Juni-Agustus 2023 dari 7.709 berkas dengan 562 berkas (7,57%) memiliki status klaim *pending*. Hal ini menunjukkan persentase angka pengembalian berkas klaim BPJS (klaim *pending*) rawat inap tertinggi terjadi pada bulan pelayanan Juli 2023 dengan persentase yaitu sebesar 21,85%.

Verifikator BPJS mengembalikan berkas klaim BPJS kepada pihak RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang dikarenakan adanya ketidaklengkapan berkas dan terjadi kesalahan yang menyebabkan ketidaksesuaian dengan ketentuan pada tahapan verifikasi. Kejadian *pending* klaim dapat ditinjau dari adanya ketidaksesuaian terkait aspek coding, aspek klinis, ataupun aspek administrasi. Alasan penyebab *pending* berkas klaim rawat inap bulan Pelayanan Juni-Agustus 2023 dijelaskan pada tabel 1.2 sebagai berikut :

Tabel 1. 2 Alasan Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang Bulan Juni-Agustus 2023

Bulan Pelayanan	Alasan <i>Pending</i> Berkas Klaim Rawat Inap						Total Berkas <i>Pending</i>
	Aspek Administrasi		Aspek Medis		Aspek koding		
	n	%	n	%	n	%	
Juni	29	17,5	78	46,1	62	36,6	169
Juli	24	12	117	58,5	59	29,5	200
Agustus	24	12,4	95	49,2	74	38,3	193
Total	77	41,6	290	153,8	195	104,4	562

Sumber : Hasil Olah Data Sekunder, 2023

Tabel 1.2 menunjukkan Dari total 562 berkas klaim rawat inap yang tertunda, alasan utama pengembalian berkas pada bulan pelayanan Juni-Juli 2023 adalah ketidaksesuaian aspek medis, yakni sebanyak 290 berkas (51,6%). Hal ini disebabkan oleh konfirmasi ketidaksesuaian klinis dalam penegakan diagnosis pasien dengan catatan kesepakatan penyelesaian klaim. Berkas klaim rawat inap yang kembali karena aspek koding mencapai 195 berkas (34,9%), yang disebabkan oleh kesalahan dalam pemberian kode diagnosis atau tindakan, konfirmasi BPJS terkait kondisi medis dan tindakan yang mempengaruhi ketepatan pemilihan kode, permintaan revisi penempatan kode diagnosis primer dan sekunder, serta perbedaan persepsi aturan pengkodean antara pihak *Casemix* dan BPJS Kesehatan. Sejumlah 55 berkas (9,8%) juga tertunda karena aspek administrasi, termasuk konfirmasi episode perawatan, kesalahan entri kelas perawatan, kelengkapan persyaratan berkas klaim, konfirmasi kronologi kasus pasien untuk ditanggung oleh JKN, dan konfirmasi penjamin serta status jasa ratarja.

Dampak dari adanya *pending* berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang terjadi di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang, berdasarkan pernyataan petugas *Casemix* yaitu meningkatnya beban kerja, waktu kerja petugas melebihi batas jam kerja, dan pencairan dana klaim menjadi tidak tepat waktu. Banyaknya berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS dapat merugikan rumah sakit karena

dapat memperlambat proses pembayaran klaim dan mengakibatkan *cash flow* rumah sakit terganggu. Hal ini sejalan dengan penelitian (Anyaprita et al., 2020) menyatakan bahwa Keterlambatan pembayaran klaim berdampak pada kompetensi, efektifitas, efisiensi, keamanan dan kenyamanan pelayanan.

Kejadian *pending* klaim BPJS pasien rawat inap berkaitan dengan kinerja petugas yang dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor *motivation* (*reward & punishment* serta bimbingan), *opportunity* (pelatihan, uraian tugas, dan SOP), dan *ability* (pendidikan, pengalaman, kerjasama, keahlian dan keterampilan). Oleh karena itu, peneliti mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja menurut (Robins & Judge, 2007) yang terdiri dari variabel *motivation*, *opportunity* (peluang), dan *ability* (kemampuan). Berdasarkan uraian permasalahan diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang”.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum PKL

Melakukan Analisis Penyebab Klaim *Pending* BPJS Kesehatan Rawat Inap Di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

1.2.2 Tujuan Khusus PKL

- a. Mengidentifikasi pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.
- b. Menganalisis penyebab *pending* klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang berdasarkan faktor *motivation* yang terdiri dari *reward & punishment* serta bimbingan.
- c. Menganalisis penyebab *pending* klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang berdasarkan faktor *opportunity* yang terdiri dari pelatihan, uraian tugas, dan SOP.
- d. Menganalisis penyebab *pending* klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang berdasarkan faktor *ability* yang terdiri dari pendidikan, pengalaman, kerjasama, keahlian dan keterampilan.

1.2.3 Manfaat PKL

a. Bagi Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

Laporan ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi rumah sakit dalam menangani faktor – faktor yang dapat menyebabkan *pending* klaim BPJS rekam medis pasien rawat inap.

b. Bagi Politeknik Negeri Jember

Sebagai tambahan referensi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bagi mahasiswa rekam medik dan manajemen informasi kesehatan.

c. Bagi Peneliti

Dapat menerapkan teori atau ilmu yang telah diperoleh dalam kegiatan perkuliahan untuk menghadapi masalah-masalah yang ada pada lingkungan kerja nyata dan menambah wawasan serta pengetahuan tentang pelayanan kesehatan tingkat lanjut khususnya penyebab terjadinya *pending* klaim.

1.3 Lokasi dan Waktu Magang

No.1, Jl. Fatmawati, Mangunharjo, Kec. Tembalang, Kota Semarang, Jawa Tengah 50272. Pelaksanaan Praktek Kerja Lapang dilaksanakan selama 3 bulan pada tanggal 18 September – 11 Desember.

1.4 Metode Pelaksanaan

Pelaksanaan Praktek Kerja Lapang dilakukan secara luring di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang dengan melakukan observasi, wawancara, dokumentasi yang bertujuan untuk mendeskripsikan penyebab *pending* klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

1.4.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang didapatkan secara langsung oleh peneliti yang dilakukan dengan cara observasi atau pengamatan secara langsung, melakukan wawancara secara langsung terhadap narasumber penelitian (Sugiyono, 2019). Data primer dalam penelitian ini adalah petugas yang terlibat dalam proses klaim BPJS kesehatan yaitu Petugas Pendaftaran Rawat Inap (TPPRI), kepala PJRM, Kepala Casemix, DPJP/PIC, dan Verifikator Internal BPJS Rumah Sakit.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang telah dikumpulkan untuk maksud selain menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi. Data sekunder diperoleh dari dokumen organisasi seperti adanya profil, struktur organisasi, berkas klaim rawat inap, data pengembalian berkas (*pending*) klaim rawat inap, serta literasi yang dipakai untuk studi dalam penelitian seperti buku, jurnal, dan internet yang dapat memberikan wawasan bagi referensi penelitian. (Sugiyono, 2019).

1.4.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Observasi

Observasi adalah suatu teknik pengumpulan data yang tidak berfokus pada orang saja tetapi juga objek lainnya, sehingga observasi memerlukan pengamatan. Teknik pengumpulan data dengan observasi dapat digunakan bila penelitian berkaitan dengan perilaku manusia, proses kerja, gejala alam dan responden tidak terlalu besar (Sugiyono, 2019). Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan menelaah data alasan *pending* klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan, ketersediaan job description, SOP dan fasilitas kerja yang memadai di bagian Casemix, PJRM, dan verifikator untuk proses pengajuan klaim sehingga dapat menghindari terjadinya pengembalian berkas (*pending*) klaim rawat inap.

b. Wawancara mendalam (*In-depth interview*)

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dalam penelitian yang bertujuan ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dengan jumlah responden kecil, teknik pengumpulan data yang digunakan berdasarkan diri sendiri atau *self-report*, pengetahuan dan keyakinan pribadi (Sugiyono, 2019). Pada penelitian ini, wawancara akan dilakukan sesuai panduan pedoman wawancara untuk memperoleh keterangan terkait penyebab kejadian *pending* klaim rawat inap di Rumah Sakit K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Peneliti akan melakukan sesi tanya jawab secara langsung kepada subjek penelitian yang terdiri dari Petugas Pendaftaran Rawat Inap (TPPRI), kepala PJRM, Kepala Casemix, DPJP/PIC, dan Verifikator Internal BPJS Rumah Sakit.

c. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa dahulu yang berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2019). Dokumentasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah rekaman atau hasil foto pada saat penelitian di Rumah Sakit K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang meliputi checklist bukti ketidaklengkapan persyaratan berkas klaim, ketersediaan dan penggunaan fasilitas yang berkaitan dengan proses pengajuan klaim dan penyelesaian *pending* klaim.