

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat. Rumah sakit dalam menyelenggarakan upaya kesehatan harus mampu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Presiden RI, 2023)

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) (Sekretaris Negara RI, 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 (Kementerian PPN/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 (BPJS Kesehatan, 2015)

Metode pembayaran yang diterapkan oleh rumah sakit dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah metode pembayaran prospektif, dimana 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 (Peraturan Pemerintah, 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 (Kemenkes, 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, 2015). 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, 2015). 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.

RSUP Dr. Kariadi Semarang merupakan salah satu rumah sakit tipe Paripurna yakni rumah sakit rujukan nasional yang telah bekerja sama dengan pihak BPJS sejak tahun 2014. Diketahui dari hasil wawancara dengan petugas pengelola klaim bahwa RSUP Dr. Kariadi Semarang membagi beberapa tupoksi atau beberapa tanggung jawab terkait pelaksanaan jalannya klaim BPJS diantaranya yaitu petugas

pendaftaran rawat jalan, dokter, koder, dan verifikator audit koding rawat jalan. Berdasarkan Data Rekapitulasi Berkas Klaim *Pending* RSUP Dr. Kariadi Semarang klaim menunjukkan terdapat berkas klaim BPJS yang di *pending* oleh verifikator BPJS untuk dikonfirmasi berkas rawat jalan bulan Juli-September tahun 2024 seperti ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 1. 1 Data Rekapitulasi *Pending* Klaim Rekam Medis Rawat Jalan RSUP Dr. Kariadi Semarang bulan Juli-September 2024

Berkas Klaim BPJS Rawat Jalan			
Bulan	Jumlah Berkas yang Diajukan	Jumlah <i>Pending</i> Klaim	Persentase (%)
Juli	45.461	3.334	7,3 %
Agustus	39.437	3.094	7,8 %
September	39.334	2.678	6,8 %
Total	124.232	9.106	21,9%

Sumber: Data Sekunder RSUP Dr. Kariadi Semarang

Pada tabel 1.1 dapat diketahui bahwa total pengajuan berkas klaim BPJS pada bulan pelayanan Juli-September dari 124.232 berkas dengan 9.106 berkas (21,9 %) memiliki status klaim *pending*. Hal ini menunjukkan persentase angka pengembalian berkas klaim BPJS (klaim *pending*) rawat jalan tertinggi terjadi pada bulan pelayanan Agustus 2024 dengan persentase yaitu sebesar 7,8 %.

Verifikator BPJS mengembalikan berkas klaim BPJS kepada pihak RSUP Dr. Kariadi 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 administrasi, aspek medis, ataupun aspek koding. Alasan penyebab *pending* berkas klaim rawat jalan bulan Pelayanan Juli-September 2024 dijelaskan pada tabel 1.2 sebagai berikut :

Tabel 1. 2 Alasan Pengembalian Berkas Klaim Rawat Jalan RSUP Dr. Kariadi Semarang Bulan Juli-September 2024

Bulan Pelayanan	Alasan <i>Pending</i> Berkas Klaim Rawat Jalan						Total Berkas <i>Pending</i>
	Aspek Administrasi		Aspek Medis		Aspek Koding		
	n	%	n	%	n	%	
Juli	1.158	34,7	1.094	32,8%	1.082	32,4%	3.334
Agustus	1.031	33,3	1.015	32,8%	1.048	33,8%	3.094
September	999	37,3	737	27,5%	942	35,1%	2.678
Total	3.188	35%	2.846	31,2%	3.072	33,7%	9.106

Sumber: Hasil Olah Data Sekunder, 2024

Tabel 1.2 menunjukkan dari total 9,106 berkas klaim rawat jalan yang tertunda, alasan utama pengembalian berkas pada bulan pelayanan Juli-September adalah ketidaksesuaian aspek administrasi, aspek medis, dan aspek koding. Berdasarkan data tersebut aspek tertinggi yang menyebabkan terjadinya pengembalian berkas klaim rawat jalan yaitu pada aspek administrasi. Sejumlah 3.188 berkas (35%) tertunda karena aspek administrasi, yaitu antara lain termasuk konfirmasi episode perawatan, kelengkapan persyaratan berkas klaim, konfirmasi kronologi kasus pasien untuk ditanggung oleh JKN, dan konfirmasi penjamin serta status jasa rataraha. Sebanyak 3.072 berkas (33,7%) berkas klaim rawat jalan yang kembali karena aspek koding. Dilanjutkan dengan 2.846 berkas (31,2%) terjadi karena ketidaksesuaian aspek medis.

Dampak dari adanya *pending* klaim BPJS pasien rawat jalan akibat aspek administrasi yang terjadi di RSUP Dr. Kariadi Semarang, berdasarkan pernyataan petugas verifikator audit rawat jalan yaitu meningkatnya beban kerja, waktu kerja petugas melebihi batas jam kerja, dan pencairan dana klaim menjadi tidak tepat waktu, dan kerugian finansial jika dana klaim tidak bisa dicairkan. 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 (Ummah, 2019)

menyatakan bahwa Keterlambatan pembayaran klaim berdampak pada kompetensi, efektifitas, efisiensi, keamanan dan kenyamanan pelayanan.

Berdasarkan dampak yang terjadi tersebut, kejadian *pending* klaim BPJS pasien rawat jalan khususnya pada aspek administrasi 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). Kejadian *pending* klaim ditinjau dari faktor *motivation* ditemukan permasalahan kurangnya motivasi ekstrinsik petugas. Kemudian pada aspek *opportunity* yaitu belum adanya SOP mengenai penyelesaian atau revisi klaim pasien rawat jalan kemudian kurangnya sosialisasi terkait kelengkapan lampiran administrasi. Aspek *ability* yang terjadi antara lain yaitu belum semua petugas berlatar belakang pendidikan rekam medis.

Permasalahan – permasalahan yang terjadi dapat dipertimbangkan menggunakan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja menurut (Robbins, 2007). Adanya analisis ini diharapkan dapat diketahui faktor penyebab *pending* klaim sehingga dapat menekan angka kejadian *pending* klaim rawat jalan. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan Akibat Aspek Administrasi Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang”.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum PKL

Melakukan Analisis Terhadap Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan Akibat Aspek Administrasi Di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

1.2.2 Tujuan Khusus PKL

- a. Mengidentifikasi pelaksanaan klaim BPJS di RSUP Dr. Kariadi Semarang.
- b. Mengidentifikasi gambaran penyebab *pending* klaim berdasarkan aspek administrasi.
- c. Menganalisis penyebab *pending* klaim BPJS pasien rawat jalan akibat aspek administrasi di RSUP Dr. Kariadi Semarang berdasarkan *motivation* yang terdiri dari *reward & punishment* dan bimbingan.

- d. Menganalisis penyebab *pending* klaim BPJS pasien rawat jalan akibat aspek administrasi di RSUP Dr. Kariadi Semarang berdasarkan faktor *opportunity* yang terdiri dari pelatihan, uraian tugas, dan SOP.
- e. Menganalisis penyebab *pending* klaim BPJS pasien rawat jalan akibat aspek administrasi di RSUP Dr. Kariadi Semarang berdasarkan faktor *ability* yang terdiri dari pendidikan, pengalaman, kerjasama, keahlian dan keterampilan.

1.2.3 Manfaat PKL

- a. Bagi Rumah Sakit

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 jalan.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bagi mahasiswa 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 faktor penyebab terjadinya *pending* klaim.

1.3 Lokasi dan Waktu

Lokasi PKL (Praktik Kerja Lapangan) yaitu RSUP Dr. Kariadi Semarang khususnya di unit rekam medis. Waktu pelaksanaan PKL ini dimulai pada tanggal 23 September sampai 13 Desember 2024.

1.4 Metode Pelaksanaan

Pelaksanaan praktek kerja lapangan dilakukan secara luring di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang dengan melakukan observasi, wawancara, dokumentasi yang bertujuan untuk mendeskripsikan penyebab *pending* klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang.

1.4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif dimana menurut Syaodih, 2022 Penelitian deskriptif kualitatif ditujukan untuk mendeskripsikan dan menggambarkan fenomena-fenomena yang ada, baik bersifat alamiah maupun rekayasa manusia, yang lebih memperhatikan mengenai karakteristik, kualitas, keterkaitan antar kegiatan. Pada penelitian deskriptif ini peneliti ingin menggambarkan bagaimana faktor penyebab *pending* klaim BPJS kesehatan pasien rawat jalan akibat aspek administrasi RSUP Dr. Kariadi Semarang.

1.4.2 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, 2023). Data primer dalam penelitian ini adalah petugas yang terlibat dalam proses klaim BPJS Kesehatan yaitu petugas loket pendaftaran rawat jalan, petugas koder dan verifikator audit rawat jalan

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang telah dikumpulkan untuk maksud selain menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi. Data sekunder diperoleh dari data pengembalian rekam medis (*pending*) kalim rawat jalan.

1.4.3 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, 2023). Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan menelaah data alasan *pending* klaim rawat jalan oleh BPJS Kesehatan, ketersediaan *job*

description, SOP dan fasilitas kerja yang memadai di bagian pendaftaran, koding dan verifikator audit rawat jalan di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

b. Wawancara mendalam

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dalam penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dengan jumlah responden kecil, teknik pengumpulan data yang digunakan berdasarkan diri sendiri atau *selfreport*, pengetahuan dan keyakinan pribadi (Sugiyono, 2023). Pada laporan ini, wawancara akan dilakukan sesuai panduan wawancara untuk memperoleh keterangan terkait penyebab kejadian *pending* klaim rawat jalan di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Sesi tanya jawab secara langsung kepada subjek penelitian yang terdiri dari petugas pendaftaran rawat jalan, petugas koding dan *grouping*, serta verifikator audit koding rawat jalan.