

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program ini dijalankan melalui mekanisme asuransi sosial dengan tujuan untuk memberikan perlindungan kepada seluruh penduduk Indonesia dalam kerangka asuransi, memastikan bahwa mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap individu yang telah membayar iuran sendiri atau iuran mereka dibayarkan oleh pemerintah. Individu yang telah memenuhi persyaratan pembayaran iuran, berhak mendapatkan manfaat berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan, sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, (2014).

Guna mendukung pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, pemerintah membentuk sebuah badan hukum yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS adalah badan hukum yang didirikan dengan tujuan melaksanakan program jaminan sosial dengan maksud untuk memastikan bahwa kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya dapat dipenuhi dengan baik. BPJS terbagi menjadi dua, yaitu BPJS Kesehatan yang bertugas melaksanakan program jaminan kesehatan, dan BPJS Ketenagakerjaan yang bertugas melaksanakan program jaminan kecelakaan kerja,

jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian, sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, (2011).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah sebuah lembaga hukum yang sah yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan untuk seluruh warga negara Indonesia dengan tujuan untuk memastikan pelaksanaan yang efektif dari sistem jaminan sosial. Tugas utama BPJS Kesehatan adalah mengelola pengumpulan iuran dari peserta serta menyediakan pembayaran manfaat dan/atau biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan dalam program jaminan sosial, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, (2011). Semua fasilitas kesehatan yang telah bermitra dengan BPJS Kesehatan berhak menerima pembayaran klaim atas layanan yang telah diberikan kepada peserta BPJS kesehatan, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, (2014).

Klaim merupakan permohonan pembayaran biaya layanan medis yang diajukan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan wajib mengajukan klaim secara menyeluruh dan tepat waktu kepada BPJS Kesehatan, paling lambat pada tanggal 10 bulan berikutnya. Sesuai dengan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, (2018) syarat-syarat pengajuan klaim harus dipenuhi dan disesuaikan dengan ketentuan saat

diserahkan kepada verifikator BPJS. Sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan, berkas klaim akan diperiksa secara administratif dan diagnosis oleh petugas kode dan verifikator rumah sakit. Apabila berkas klaim tidak lengkap, maka harus dikembalikan kepada pihak yang bersangkutan untuk melengkapi. Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan, yang kemungkinan akan mempengaruhi *process* pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan.

Menurut Opitasari, (2019) dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sebagian besar pasien di rumah sakit merupakan peserta JKN, sehingga klaim asuransi kesehatan menjadi sumber pendapatan utama bagi rumah sakit di Indonesia. Dengan situasi tersebut, prosedur pengajuan klaim menjadi langkah yang penting bagi rumah sakit untuk menagih piutang yang telah jatuh tempo. Mereka juga mengungkapkan bahwa keterlambatan dalam pengajuan klaim bisa mengakibatkan penundaan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, yang berpotensi mengganggu *cash flow* rumah sakit, terutama jika mayoritas pasien rumah sakit adalah peserta JKN. Apabila *cash flow* operasional terganggu dapat berdampak pada mutu pelayanan kesehatan yang diberikan, yang dapat mempengaruhi tingkat kepercayaan dan loyalitas pasien terhadap rumah sakit.

Peraturan Gubernur Provinsi Jawa Timur Nomor 17 Tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Uraian Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit X Jawa Timur, (2021) Rumah Sakit X Jawa Timur tergolong sebagai rumah sakit khusus dengan klasifikasi tipe B yang berperan sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang telah bermitra

dengan BPJS Kesehatan dan menyediakan layanan kesehatan spesialis dan subspecialis untuk individu, termasuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap tingkat lanjutan, serta perawatan di ruang khusus.

Tabel 1.1 Data jumlah klaim dan total tarif Pasien BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit X Jawa Timur Tahun 2023

Laporan Rekap Klaim tahun 2023					
No	Bulan Pelayanan	Rawat Jalan		Rawat Inap	
		Jumlah klaim	Total Tarif	Jumlah klaim	Total Tarif
1	Januari	4.008	Rp. 2.092 Juta	151	Rp. 1.612 Juta
2	Februari 2023	3.641	Rp. 2.035 Juta	158	Rp. 1.792 Juta
3	Maret 2023	4.106	Rp. 2.176 Juta	159	Rp. 1.804 Juta
4	April 2023	2.508	Rp. 1.204 Juta	86	Rp. 918 Ribu
5	Mei 2023	4.061	Rp. 2.333 Juta	138	Rp. 1.597 Juta
6	Juni 2023	3.330	Rp. 1.708 Juta	116	Rp. 1.385 Juta
7	Juli 2023	4.202	Rp. 2.209 Juta	173	Rp. 1.913 Juta
8	Agustus 2023	4.387	Rp. 2.569 Juta	153	Rp. 1.859 Juta
9	September 2023	4.039	Rp. 2.366 Juta	155	Rp. 1.772 Juta
10	Oktober 2023	4.196	Rp. 2.229 Juta	168	Rp. 1.956 Juta
11	November 2023	4.211	Rp. 2.345 Juta	194	Rp. 2.246 Juta
12	Desember 2023	3.558	Rp. 1.801 Juta	143	Rp. 1.744 Juta
TOTAL		46.247	Rp. 25.067 Juta	1.794	Rp. 20.598 Juta

Sumber: Laporan Rekap Klaim Pasien BPJS Kesehatan Rumah Sakit X, (2023)

Berdasarkan data jumlah klaim dan total tarif klaim pasien rawat jalan dan rawat inap pada tahun 2023, diketahui jumlah klaim dan total tarif klaim pasien rawat jalan lebih banyak dibandingkan jumlah klaim dan total tarif klaim pasien rawat inap oleh karena itu prosedur dan ketepatan waktu pengajuan klaim menjadi langkah yang penting khususnya pada pengajuan klaim pasien rawat jalan dikarenakan keterlambatan dalam pengajuan klaim bisa mengakibatkan

penundaan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, yang berpotensi mengganggu *cash flow* rumah sakit.

Melalui hasil wawancara dengan petugas di Bagian Penjaminan Kesehatan Rumah Sakit X Jawa Timur pada tanggal 01 April 2024, ditemukan bahwa masih terdapat permasalahan terkait pengajuan berkas klaim asuransi BPJS Kesehatan. Pengajuan berkas klaim di rumah sakit tersebut masih mengalami keterlambatan sesuai dengan tenggat waktu yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, (2017) pasal 24 ayat (1), yaitu bahwa Fasilitas Kesehatan diharuskan untuk mengajukan klaim secara komprehensif dan tepat waktu kepada BPJS Kesehatan, paling lambat pada tanggal 10 bulan berikutnya. Informasi terkait tanggal pengajuan klaim BPJS kesehatan Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit X Jawa Timur tertera pada tabel 1.2 di bawah ini:

Tabel 1.2 Data Tanggal Pengajuan Berkas Klaim BPJS kesehatan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit X Jawa Timur Tahun 2023

No.	Berkas yang Diajukan	Tanggal Pengajuan	Keterangan
1.	Januari 2023	27 Februari 2023	Terlambat 17 hari
2.	Februari 2023	21 Maret 2023	Terlambat 11 hari
3.	Maret 2023	28 April 2023	Terlambat 18 hari
4.	April 2023	30 Mei 2023	Terlambat 20 hari
5.	Mei 2023	19 Juni 2023	Terlambat 9 hari
6.	Juni 2023	14 Juli 2023	Terlambat 4 hari
7.	Juli 2023	15 Agustus 2023	Terlambat 5 hari
8.	Agustus 2023	11 September 2023	Terlambat 1 hari
9.	September 2023	16 Oktober 2023	Terlambat 6 hari
10.	Oktober 2023	14 November 2023	Terlambat 4 hari
11.	November 2023	22 Desember 2023	Terlambat 12 hari
12.	Desember 2023	18 Januari 2024	Terlambat 8 hari

No.	Berkas yang Diajukan	Tanggal Pengajuan	Keterangan
	Rata-rata keterlambatan pengajuan klaim		115 : 12 = 9,58 (10) hari

Sumber: Laporan Tanda Terima Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan Rumah Sakit X Jawa Timur, (2023)

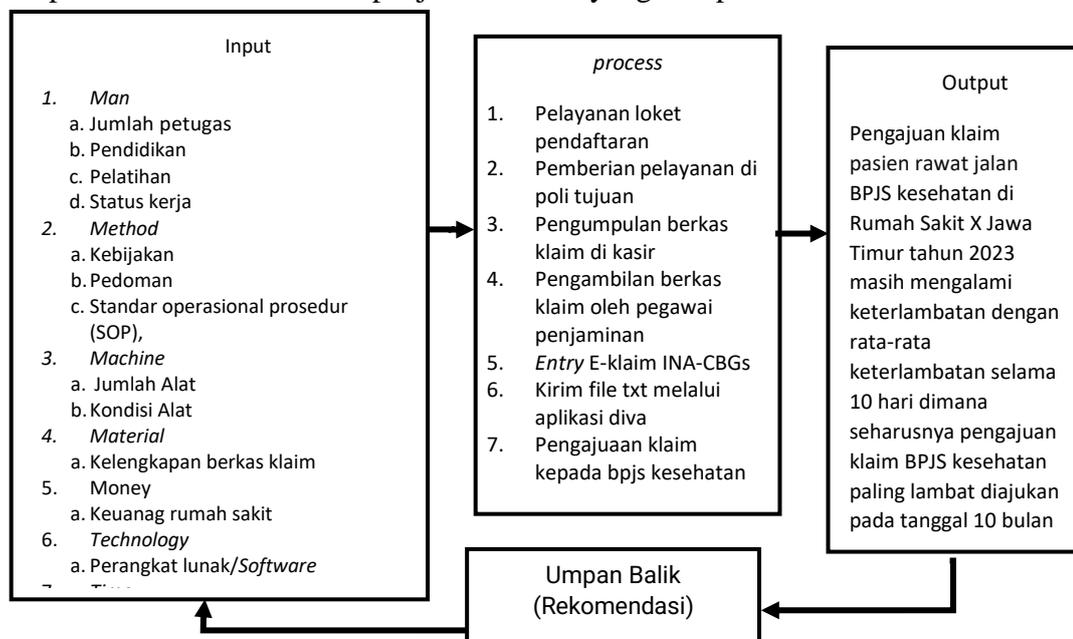
Berdasarkan informasi di atas, dapat disimpulkan bahwa pengajuan berkas klaim pasien rawat jalan BPJS kesehatan di Rumah Sakit X Jawa Timur pada tahun 2023 masih mengalami keterlambatan, dengan rata-rata keterlambatan selama 10 hari. Keterlambatan pengajuan berkas klaim lama terjadi pada bulan April, dimana klaim susulan diajukan pada tanggal 30 Mei 2023, dengan keterlambatan selama 20 hari seharusnya, sesuai dengan pedoman praktis yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan mengenai administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan, klaim rawat jalan seharusnya diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA-CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku.

Keterlambatan pengajuan klaim pasien rawat jalan BPJS Kesehatan dapat menyebabkan penundaan dalam *process* pelaporan klaim, yang pada akhirnya dapat menghambat *process* pencairan dana yang diajukan oleh rumah sakit ke BPJS Kesehatan. Selain itu, keterlambatan pengajuan klaim pada pasien rawat jalan BPJS kesehatan dapat mengakibatkan penumpukan berkas klaim, yang dapat mengakibatkan keterlambatan pengajuan klaim terus terjadi di setiap bulannya. Berdasarkan uraian masalah dan data yang telah dijelaskan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien Rawat Jalan BPJS Kesehatan" dengan tujuan untuk menganalisis penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di

layanan rawat jalan berdasarkan pengumpulan data langsung dari lapangan, khususnya di unit Penjaminan Kesehatan Rumah Sakit X Jawa Timur.

1.2 Kajian Masalah

Dari latar belakang yang telah diuraikan di atas, terdapat beberapa faktor penyebab masalah bisa terjadi, Oleh sebab itu, untuk mempermudah mengetahui penyebab masalah yang bisa terjadi maka penulis menggunakan Pendekatan/metode sistem untuk menganalisis dari tahapan input, *process*, dan output. Di bawah ini adalah penjabaran hasil yang didapatkan:



Gambar 1. 1 Kajian Masalah

Berdasarkan data yang disajikan diatas dapat dijelaskan bahwa terdapat beberapa penyebab dari permasalahan yang muncul pada Pengajuan Klaim Pasien Rawat Jalan BPJS Kesehatan.

a. *Input*

Input merupakan Data masukan sistem merujuk pada segala sesuatu yang memasuki sistem untuk kemudian diolah. Ini bisa berupa entitas fisik atau

abstrak yang tidak terlihat. unsur input yang diteliti dalam konteks manajemen dengan menggunakan konsep "*man, method, machine* dan *money*"

1. *Man*: mencakup faktor manusia dalam unit kerja termasuk kecukupan jumlah, latar belakang pendidikan, Pelatihan dan Status kerja dari individu-individu yang terlibat dalam *process* klaim di unit penjaminan yang dapat berpengaruh terhadap ketepatan *process* pengajuan klaim.
2. *Method*: mengacu pada metode yang digunakan dalam *process* klaim termasuk mencakup kebijakan, pedoman, dan standar operasional prosedur (SOP) yang diterapkan di Rumah Sakit X Jawa Timur yang dapat berpengaruh terhadap ketepatan *process* pengajuan klaim.
3. *Machine*: mencakup kesesuaian jumlah dan kondisi alat yang digunakan dalam *process* klaim, yang dapat berpengaruh terhadap ketepatan *process* pengajuan klaim.
4. *Material*: mencakup kelengkapan berkas klaim yang dibutuhkan dalam *process* klaim, dalam hal ini jika terjadi ketidak lengkapan berkas maka dapat menghambat dan berpengaruh terhadap ketidaktepatan waktu *process* pengajuan klaim.
5. *Money*: mencakup keuangan rumah sakit, dalam hal ini mencakup ketersediaan dana yang dibutuhkan dalam pengembangan baik dari *man, machine*, dan *technology* yang berpengaruh terhadap *process* klaim.
6. *Technology*: mencakup *technology* yang digunakan dalam *process* klaim, termasuk perangkat lunak, sistem informasi, dan platform *technology*

yang dapat berpengaruh terhadap ketepatan *process* pengajuan klaim.

7. *Time*: mencakup waktu yang digunakan dalam *process* klaim yang dapat berpengaruh terhadap ketepatan *process* pengajuan klaim.

b. *Process*

Process adalah tahap dalam sistem yang bertanggung jawab atas transformasi atau pengolahan data masukan menjadi keluaran yang memiliki nilai tambah. *process* pengajuan klaim BPJS kesehatan pada pelayanan rawat jalan melibatkan serangkaian tahapan yang harus dilalui sebelum klaim dapat di *process* dan diklaimkan. Berikut adalah penjelasan untuk setiap unsur yang berkaitan dalam *process* pengajuan klaim di dalam unit penjaminan

1. Pengambilan berkas klaim oleh pegawai penjaminan dalam hal ini dapat dilihat dari waktu pengambilan berkas klaim, kesesuaian tanggal berkas klaim yang harus diambil oleh pegawai unit penjaminan, dan termasuk dalam kesesuaian jumlah berkas klaim pasien rawat jalan bpjs kesehatan dalam hal ini yang dapat berpengaruh terhadap ketidaktepatan waktu *process* pengajuan klaim.
2. *Entry* E-klaim INA-CBGs, dilihat dari kesesuaian pemberian kode diagnostik dan tindakan/prosedur dalam hal ini jika terjadi kesalahan maka dapat menghambat dan berpengaruh terhadap ketidaktepatan waktu *process* pengajuan klaim.
3. Kirim file txt melalui aplikasi diva, dalam hal ini file txt harus dipastikan lengkap dan sesuai dikarenakan jika terjadi ketidak

lengkapan (*unfinal*) akan dilakukan perbaikan dan dan dilakukan kirim file tahap 2, yang dapat menghambat dan berpengaruh terhadap ketidaktepatan waktu *process* pengajuan klaim.

4. Pengajuan klaim kepada bpjs kesehatan, dalam hal ini harus memperhatikan kesesuaian dan kelengkapan sehingga tidak terjadi gagal klaim yang dapat berpengaruh terhadap ketidaktepatan waktu *process* pengajuan klaim.

1.3 Batasan Masalah

Mengingat keterbatasan waktu serta izin dari rumah sakit dan begitu luas unit yang terlibat dalam *process* pemberkasan klaim, sehingga dalam penelitian ini terdapat keterbatasan yang menyebabkan tidak dapat menganalisis permasalahan yang terjadi di luar unit penjaminan dan hanya dapat menganalisis keterlambatan pengajuan klaim pada pasien rawat jalan saja tidak untuk pasien rawat inap.

1.4 Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, dapat diidentifikasi permasalahan sebagai berikut: “penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien rawat Jalan BPJS kesehatan di Rumah Sakit X Jawa Timur?”

1.5 Tujuan

1.5.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien rawat jalan BPJS kesehatan Rumah Sakit X Jawa Timur.

1.5.2. Tujuan Khusus

1. Identifikasi *input* yang terdiri dari *Man*: Jumlah petugas, latar belakang pendidikan, Pelatihan, Status kerja *Method*: kebijakan, pedoman, standar operasional prosedur (SOP), *Machine*: jumlah alat, kondisi alat *Material*: kelengkapan berkas klaim,
2. Identifikasi *process* yang terdiri dari Pengambilan berkas klaim oleh pegawai penjaminan, *Entry* E-klaim INA-CBGs, Kirim file txt melalui aplikasi diva, Pengajuan klaim kepada bpjs kesehatan,
3. Menganalisis penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien rawat jalan BPJS kesehatan di Rumah Sakit X Jawa Timur.

1.6 Manfaat

1.6.1. Manfaat Bagi Peneliti

Mengembangkan kemampuan, menambah pengalaman dan pengetahuan dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama menempuh perkuliahan.

1.6.2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat menjadi landasan bagi Rumah Sakit X Jawa Timur dalam membuat perencanaan dan strategi agar pengajuan klaim BPJS Kesehatan pelayanan rawat jalan tidak terjadi keterlambatan.

1.6.3. Manfaat Bagi STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo

Penelitian ini dapat memberikan bahan tambahan referensi dan bahasan bagi mahasiswa dan pihak lain yang ingin melakukan penelitian di bidang klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada bagian administrasi rumah sakit.