

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia termasuk salah satu negara yang memiliki penduduk padat. Setiap orang memiliki hak dalam menggunakan sumber daya di sektor kesehatan dan negara bertanggung jawab untuk memenuhi hak tersebut (Lewiani dkk., 2017) . Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iurannya dan yang dibayarkan oleh pemerintah (Perpes RI No 111 Tahun 2013). Undang-Undang RI No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjelaskan bahwa pemerintah memiliki komitmen dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya pemerintah dalam mempercepat terselenggaranya sistem jaminan sosial secara menyeluruh bagi rakyat Indonesia adalah dengan dibentuknya suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (UU RI No 40 Tahun 2004).

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum resmi yang menjamin penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia agar sistem jaminan sosial dapat dilaksanakan dengan baik. Penyelenggaraan jaminan kesehatan merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh sesuai dengan kebutuhan medik dan mengikuti standar pelayanan medik (BPJS Kesehatan, 2020) . Pelayanan kesehatan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat (Amran, 2023).

Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya tersebut adalah rumah sakit. Rumah sakit berperan sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan

atau tingkat lanjutan pada masa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjelaskan bahwa rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta, dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada faskes atau PPK (Permenkes RI No 28 Tahun 2014).

Klaim merupakan tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim BPJS adalah tagihan atau tuntutan dari sebuah imbalan dari hasil pelayanan kesehatan dengan jumlah yang telah disepakati dalam perjanjian. Perjanjian yang dimaksud adalah perjanjian yang telah tertulis dalam kontrak kerjasama yang telah disepakati sejak awal disebut Perjanjian Kerja Sama (PKS). Klaim yang dibayarkan sesuai dengan paket tarif *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)* yang telah ditentukan oleh Kemenkes (Rahayu & Sugiarti 2021). Pihak BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim paling lama 15 hari setelah dokumen klaim lengkap. Jika ditemukan ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian berkas yang diajukan akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Berdasarkan penelitian terdahulu keterlambatan pembayaran klaim disebabkan 2 (dua) faktor yakni disebabkan pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan (Puspaningsih dkk., 2022).

Prosedur pengajuan klaim yang meliputi pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dilakukan dengan menggunakan E-Klaim, proses *entry* dan *koding* dilakukan menggunakan aplikasi *INA-CBG's* dengan memasukkan data berdasarkan resume medis pasien sesuai aturan pengkodean berdasarkan ICD 10 untuk kode diagnosa dan kode tindakan ICD 9-CM, kemudian di dalam proses verifikasi klaim dilakukan dengan memeriksa dan menguji kelayakan berkas-berkas klaim yang dimasukan

dengan berkas klaim yang telah dikirim (Adam dkk., 2019). tentang analisis prosedur pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rawat Inap RSUD. Penelitian ini menyatakan bahwa proses klaim rumah sakit dimulai dari melengkapi berkas dokumen sebagai syarat pengajuan klaim oleh petugas coding rumah sakit, lalu berkas klaim diverifikasi (diperiksa atau divalidasi) oleh verifikator di kantor BPJS Kesehatan (Amalia dkk., 2023).

Kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit bisa memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan (Nia dkk. 2020). Terdapat beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, yaitu sebagai berikut: formulir pengajuan klaim, *softcopy* luaran aplikasi, kuintasi asli bermaterai, bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, dan kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim (BPJS Kesehatan Tahun 2017).

Penelitian (Dwi, 2022) menyebutkan bahwa terlambatnya pengembalian berkas rekam medis pasien akan menyebabkan terhambatnya proses klaim asuransi Kesehatan seperti BPJS. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Amalia dkk., 2023) juga menyebutkan pengajuan klaim rawat inap dilakukan masih belum sempurna, sehingga berkas dikembalikan dan harus direvisi oleh pihak BPJS Kesehatan dikarenakan masih ada kesalahan dan kekurangan.

Masalah dalam pelaksanaan prosedur klaim menurut penelitian (Rahayu & Sugiarti 2021) seperti, pada prosedur administrasi kepesertaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit masih ada yang belum memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien BPJS, yaitu prosedur mengenai pengumpulan

berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS (SEP, KTP maupun rujukan poli bila kasus bukan gawat darurat), sehingga terjadi pengembalian berkas klaim.

Pengajuan klaim tertinggi di Indonesia dari tahun 2015-2020 terdapat pada Provinsi Jawa Barat dan paling sedikit terdapat di Provinsi Papua Barat (Salim, 2022). Di Indonesia terdapat rumah sakit yang mengalami keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan, adapun beberapa contoh seperti Rumah Sakit Kebon Jati di Jawa Barat yang sering mengalami keterlambatan pengajuan klaim sebanyak 78,36% di tahun 2019, sedangkan di Sumatera Utara rumah sakit yang sering mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim adalah Rumah Sakit Madani Medan sebanyak 72,41% di tahun 2020 (Nikhmah dkk., 2021).

BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang memiliki 5 (lima) wilayah kerja diantaranya adalah Kota Padang, Kabupaten Mentawai, Kabupaten Pesisir Selatan, Kabupaten Padang Pariaman dan Kota Pariaman. Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang terdapat 25 rumah sakit di Kota Padang yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang pada tahun 2024, yang terdiri dari 13 (tiga belas) Rumah Sakit Umum, 2 (dua) Rumah Sakit Khusus Jiwa, 3 (tiga) Rumah Sakit Khusus Mata, 2 (dua) Rumah Sakit Khusus Bedah dan 5 (lima) Rumah Sakit Ibu dan Anak. Dari 25 rumah sakit tersebut terdapat beberapa rumah sakit yang bermasalah terkait pengajuan klaim atau mengalami klaim pending seperti rumah sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang sebanyak 27% dan Semen Padang Hospital sebanyak 10%.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang di Kota Padang terdapat rumah sakit yang baru bekerjasama dengan BPJS Kesehatan pada bulan September tahun 2023 yaitu Rumah Sakit Jiwa Dr. Yaunin Padang mengalami klaim pending sebanyak 31% dan klaim tidak layak sebanyak

14% Sehingga banyak terjadi kendala dalam prosedur klaim yang dilakukan oleh pihak RSJ Dr. Yaunin Padang, kemudian ditemukan adanya masalah ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian dokumen berkas klaim dan ketidaksesuaian kode tindakan yang dilakukan oleh koder serta belum lengkapnya SOP rumah sakit. Sehingga berkas klaim dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan dan memperlambat prosedur klaim di BPJS Kesehatan yang akan mengakibatkan kerlambatan dalam pembayaran klaim oleh pihak BPJS Kesehatan.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada verifikator klaim BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang di bulan Februari-Maret tahun 2024 ditemukan bahwa masalah yang sering terjadi didalam prosedur klaim rumah sakit yaitu komponen autentifikasi penulis dan audit pencatatan yang belum baik masih menjadi penyebab resume medis pasien dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan, seperti tidak adanya tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan resume medis tidak lengkap, serta ketidakakuratan kode tindakan. Sehingga terjadi pengembalian berkas seperti belum ada SOP untuk kodefikasi tindakan, kodefikasi belum sepenuhnya dilakukan oleh koder, kurangnya jumlah ICD 9-CM dan koder tidak melakukan koding secara lengkap, sehingga proses pengajuan klaim menjadi tidak optimal atau terjadinya pending klaim.

Berdasarkan permasalahan yang telah dipaparkan, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai prosedur atau alur pengajuan klaim dengan judul penelitian **“Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang Padang Tahun 2024”**.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimana pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang Padang tahun 2024”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang Padang tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui *input* (tenaga pelaksana, sarana prasarana dan metode) dari pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang tahun 2024.
- b. Diketahui *process* (melengkapi berkas klaim, verifikasi administrasi klaim, verifikasi pelayanan kesehatan, persetujuan klaim dan pembayaran klaim) pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang tahun 2024.
- c. Diketahui *output* dari hasil pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang tahun 2024.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman peneliti tentang pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang tahun 2024.

b. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan teoritis bagi peneliti selanjutnya terkait pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit.

2. Manfaat praktis

a. Bagi STIKes Alifah Padang

Diharapkan menjadi suatu referensi dan panduan untuk peneliti lain yang ingin meneliti lebih lanjut mengenai pelaksanaan prosedur klaim. Serta sebagai bahan masukan untuk penelitian selanjutnya sehingga dapat menambah bahan kepustakaan bagi STIKes.

b. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi dalam meningkatkan kualitas kinerja dalam pelaksanaan prosedur klaim.

c. Bagi BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam meningkatkan kualitas, efektifitas dan efisiensi pelaksanaan prosedur klaim.

E. Ruang lingkup Penelitian

Penelitian ini menganalisis pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang tahun 2024. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif yaitu menggambarkan atau menjelaskan suatu kondisi dengan apa adanya. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret-Agustus tahun 2024, pengambilan

data dilakukan pada tanggal 16, 18, dan 25 Juli serta 25 Agustus tahun 2024. Teknik penentuan informan adalah *purposive sampling* dengan melibatkan beberapa informan untuk mendapatkan informasi tentang pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang, dimana pada penelitian ini melibatkan 7 (tujuh) orang informan. Data yang dikumpulkan yaitu data primer dari hasil wawancara mendalam (*Indept Interview*) lembar *check list* dokumen dan observasi, sedangkan data sekunder didapatkan dari data-data yang sudah tersedia yang berkaitan dengan prosedur klaim rumah sakit. Analisis data dilakukan dengan metode triangulasi teknik dan triangulasi sumber.

