



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia telah dijalankan oleh pemerintah sejak awal tahun 2014. Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 28 Tahun 2014 merupakan pedoman pelaksanaan JKN. Fasilitas kesehatan yang terkait dalam pelaksanaan JKN terbagi menjadi dua, yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) seperti puskesmas, praktik dokter, klinik pertama dan rumah sakit bertipe D. Kedua, fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) terdiri dari klinik utama, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

Menurut PMK No. 59 Tahun 2014 (2014:2-3), program JKN di rumah sakit membuat pelayanan kesehatan di rumah sakit berfokus pada perorangan, baik itu spesialisik maupun subspecialistik. Menurut pemaparan Satrianegara (2014) pengelolaan rumah sakit lebih rumit daripada pengelolaan sebuah klinik. Pelaksanaan JKN di Rumah Sakit memerlukan suatu tata kelola yang khusus. Putra (2014 : 135-136) menjelaskan tentang implementasi kebijakan JKN di RSUD Kota Tangerang Selatan yang menyoroti kendala proses penyelesaian klaim yang memberikan dampak ekonomi bagi Rumah Sakit. Keterlambatan pencairan dikarenakan pemberkasan klaim yang terlambat, serta perbedaan nilai tarif pelayanan dengan paket INA-CBGs. Permohonan klaim yang ditolak membuat rumah sakit menderita kerugian, terutama rumah sakit negeri yang dikelola pemerintah sebagian besar pasien-nya ditanggung oleh JKN. Kerugian karena tidak sesuai-nya dana pelayanan dengan jumlah penggantian klaim (Ernawati & Kresnowati, 2013 : 2).



Klaim BPJS merupakan biaya perawatan pasien peserta BPJS yang diajukan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan. Pengajuan ini dilakukan dan ditagihkan secara kolektif kepada BPJS Kesehatan setiap bulan. Fasilitas kesehatan, dalam hal ini rumah sakit diwajibkan untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diajukan. Kelengkapan dokumen menjadi sangat penting dalam pengajuan klaim sehingga rumah sakit mudah memperoleh penggantian biaya pengobatan sesuai tarif *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)* (Tyas Ardhitya & Agus Perry K, 2015 : 5-6).

Dokumen-dokumen yang wajib terdapat dalam klaim BPJS dalam penelitian Risky (2016 : 2) BPJS mencakup ; surat eligibilitas peserta (SEP), resume medis/laporan status pasien/ Pernyataan diagnostik dokter, dan bukti pelayanan lainnya, misalnya ; protokol terapi dan pengobatan (jadwal pemberian obat), rincian tagihan rumah sakit (penagihan manual dan otomatis) dan berkas pendukung lain-nya.

Malonda (2015 : 11) menjelaskan dalam penelitiannya tentang analisis pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano, menunjukkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS disebabkan oleh masalah koordinasi dan kerjasama tim, serta ketidaklengkapan dan keterlambatan pengajuan klaim BPJS. Sebab lain-nya adalah tidak adanya *billing system* di rumah sakit. Pada penelitian Shobirin dalam Halida Mutia (2016 : 2) terkait dampak keterlambatan pembayaran piutang Askeskin terhadap arus kas dan pelayanan pasien Askeskin di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon terjadi penundaan pembayaran, seperti pegawai dan pemasok, juga terjadi pemangkasan biaya pemeliharaan karena arus kas Rumah Sakit yang terganggu. Dampak keterlambatan klaim askeskin juga berpengaruh pada kinerja pegawai dan ketersediaan *supplies*, sehingga menyebabkan penurunan kualitas layanan



terhadap pasien. Rumah sakit mempunyai resiko kehilangan biaya yang sudah dikeluarkan dan menjadi kerugian bagi rumah sakit.

Menurut Ernawati & Kresnowati (2013 : 2-3) faktor yang menentukan suatu klaim diterima atau ditolak adalah keakuratan dalam proses *coding* dan bagaimana dalam meng-*handle* dokumen rekam medis. Kesalahan pengkodean dapat mempengaruhi kode *Diagnosis Related Groups*, dan membuat pengajuan klaim menjadi tidak sesuai.

Dalam penelitian Ulfah, Kresnowati dan Ernawati (2011 : 12-13) tentang relasi kelengkapan dokumen rekam medis dengan persetujuan klaim Jamkesmas oleh verifikator dengan sistem INA-DRG di RSI Sultan Agung Semarang juga menunjukkan masalah terkait pengkodean. Terdapat berkas klaim yang karena kurangnya diagnosa dari dokter, dan terdapat masalah dalam pengkodean. Sistem INA-CBGs sudah diterapkan di FKRTL sejak pelaksanaan Jamkesmas tahun 2010 PMK No. 27 Tahun 2014 (2014 : 7). Berdasarkan penelitian Kusairi (2013) terkait faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan berkas klaim pasien jamkesmas di RSUD Brigjend. H. Hasan Basry Kandungan ketidaklengkapan berkas tersebut disebabkan oleh kurangnya pemahaman dan kinerja terhadap kelengkapan klaim itu sendiri yang masih kurang. Karena kurangnya evaluasi dan absensi dari SOP.

Klaim bermasalah juga dapat dilihat dalam penelitian yang dilakukan oleh Mahesa dalam Halida Mutia (2016 : 45) mengenai klaim bermasalah Gakin SKTM DKI Jakarta pada pelayanan rawat inap di RSUD Pasar Rebo. Banyaknya klaim yang bermasalah dikarenakan ketidaklengkapan administrasi klaim, pengecualian dan batas biaya. Penelitian lebih lanjut dilakukan oleh Cahyaningtyas dalam Halida Mutia (2016 : 46) kelancaran penagihan klaim JPK Gakin dan SKTM pada pelayanan administrasi di RS Bhayangkara TKI R Said Sukanto ketidaklancaran penagihan klaim disebabkan oleh klaim yang terlambat untuk diajukan. Melalui

1. Dilarang menyalin atau menjiplak sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa izin IBIKKG.
a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik dan tinjauan suatu masalah.
b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar IBIKKG.

2. Dilarang mengemukakan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin IBIKKG.



penekatan sistem, kebijakan pelayanan sebagai elemen input belum tersosialisasi dengan optimal, sumber daya manusia juga minim, sarana dan prasarana yang dalam pelayanan administrasi tidak memadai (*billing* masih manual). Tindakan terhadap pasien sebagai proses juga tidak berjalan dengan baik. Terdapat kelalaian dokter serta perawat. Verifikasi dan rekapitulasi juga sering terjadi kesalahan karena dilakukan bersamaan dengan pelayanan administrasi pasien.

Rumah Sakit (RS) Hative Passo dijadikan sebagai objek penelitian karena RS milik Yayasan Santo Lukas Keuskupan Ambonia ini merupakan RS yang masih bertipe D. Selain itu ijin operasional rumah sakit ini masih tergolong baru yaitu tahun 2019, dimana program BPJS sendiri telah lebih dulu berjalan lima tahun sebelum RS ini beroperasi. Dari data jumlah kunjungan pasien tahun 2020 sebagian besar jumlah pasien yang berkunjung ke RS Hative Passo adalah pasien pengguna BPJS (Profil RS Hative Passo, Juni 2021).

Berdasarkan data klaim BPJS pada tahun 2019 dan 2020 untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap, dalam tahun 2019 sebanyak 30 klaim pelayanan rawat jalan ditolak dari total 3.173 klaim yang diajukan. 14 klaim pelayanan rawat inap ditolak dari 2.339 klaim yang diajukan. Di tahun 2020 sebanyak 18 klaim pelayanan rawat jalan ditolak dari 2.442 klaim yang diajukan. 5 klaim pelayanan rawat inap ditolak 1.239 klaim diajukan. Untuk tahun berjalan (2021 periode Januari-Mei), sebanyak 10 klaim rawat jalan ditolak dari 824 klaim yang diajukan. Sebanyak 4 klaim pelayanan rawat inap ditolak dari 461 klaim diajukan. Data tersebut menggambarkan bahwa masih banyak kasus klaim BPJS ditolak pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap dari tahun 2019 sampai periode Mei 2021 (Profil RS Hative Passo, Juni 2021).

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang menyalin atau seluruhnya atau sebagian karya tulis ini tanpa pencaharian dan penyusunan sumber: Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penerbitan, penerjemahan, penyesuaian laporan, penulisan kritik dan tinjauan suatu masalah.

2. Dilarang mengemukakan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin IBIKKG.



Tabel 1.1

Realisasi Anggaran Rumah Sakit Hative Passo Kota Ambon

Tahun 2019 dan Tahun 2020

Pendapatan	2019		2020	
	Target (Rp)	Realisasi (Rp)	Target (Rp)	Realisasi (Rp)
Penagihan Pasien Umum	719.500.000	7.949.985.200	418.785.000	405.385.000
Penagihan Pasien BPJS	6.696.233.200	-	3.639.592.100	3.620.736.300
Pendapatan Lain	-	583.715.500	-	1.165.815.500
Total		7.949.985.200		5.191.936.800
Pengeluaran				
		2019		2020
Hutang		2.567.008.800		1.542.008.100
Belanja Pegawai		3.424.380.000		2.891.380.000
Barang dan Jasa		2.180.000.000		1.856.000.000
Modal		2.004.000.000		1.154.000.000
Tak Terduga		416.657.500		318.934.500
Total		10.592.046.300		7.762.322.600
Defisit		2.642.061.100		2.570.385.800

Sumber: Data Diolah Kembali

Berdasarkan data realisasi anggaran tahun 2019, RS Hative Passo mengalami defisit anggaran sebesar Rp. 2.642.061.100 dan tahun 2020 mengalami defisit sebesar Rp. 2.570.385.800.

Menurut direktur RS Hative Passo saat ditemui oleh peneliti dalam pengambilan data awal, meski

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mengacukan sumbernya.
 a. Penulisan harus untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik dan tinjauan suatu masalah.
 b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar IBIKKG.
 2. Dilarang mengemukakan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin IBIKKG.



jumlahnya tidak terlalu besar, namun gagal klaim BPJS ini mengganggu aliran *cash flow* Rumah Sakit. Sehingga hal ini menurutnya juga berdampak terhadap kompetensi, efektifitas, efisiensi, keamanan dan kenyamanan pelayanan. Dari hasil wawancara lainnya kepada unit lainnya yang terlibat dalam penyusunan berkas klaim di RS Hative Passo, ditemukan berbagai kendala yang mempengaruhi keterlambatan hingga gagalnya pengajuan klaim ke badan BPJS Kesehatan. Salah satu faktor yang mempengaruhi keterlambatan ini adalah kurangnya kelengkapan dan keterlambatan penyeteroran berkas klaim melebihi batas waktu yang ditentukan. Dari hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti terdapat tiga point utama yang paling berdampak, yaitu ketidaklengkapan pengisian formulir oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien), Sistem Informasi Rumah Sakit yang Sebagian besar masih manual, serta koordinasi yang masih kurang dari pihak-pihak yang terlibat dalam penyusunan klaim BPJS. Dari pernyataan dari ketua tim *case-man* rumah sakit, kekurangan satu berkas dapat menyebabkan hambatan pada keseluruhan proses penyusunan berkas klaim. Pendaftaran seharusnya dilakukan dalam 1x24 jam, namun DPJP sering terlambat dalam melakukan pengisian pada resume medis. Kekurangan tenaga kerja mengakibatkan rangkap jabatan pada petugas, juga sering menjadi penghambat dalam ketepatan waktu dalam penyusunan berkas klaim tertunda, karena satu petugas jadi harus menunggu petugas lainnya.

Berdasarkan pemaparan diatas, maka timbulah keinginan dari peneliti untuk mengkaji lebih dalam dengan melakukan pemeriksaan operasional untuk menilai efektivitas manajemen atas klaim BPJS Rumah Sakit Hative Passo.

Hal cipta miliknya IBI KKG (Institut Bisnis dan Informatika Kwik Kian Gie)

Ha Cipta Dilindungi Undang

1. Dilarang menyalin atau seluruhnya atau sebagian karya tulis ini tanpa pencaharian dan menyebarkan suat per: a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penerbitan, penerbitan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik dan tinjauan suatu masalah.

2. Dilarang mengemukakan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin IBIKKG.



C

B Rumusan Masalah

Berdasarkan narasi latar belakang sebelum-nya, maka dapat disusun rumusan masalah penelitian bentuk dua point berikut ini:

1. Bagaimana pelaksanaan audit operasional atas klaim BPJS pada RS Hative Passo?
2. Sampai sejauh mana tingkat efektivitas audit operasional atas klaim BPJS pada RS Hative Passo?

C. Batasan Penelitian

1. Berdasarkan aspek objek, penelitian dilaksanakan pada Rumah Sakit Hative Passo, Rumah Sakit Faskes Tingkat Pertama bertipe D.
2. Berdasarkan aspek waktu, penelitian menggunakan data bulan dan tahun, Januari-Desember 2021.
3. Berdasarkan unit analisis, penelitian fokus pada fungsi klaim rawat inap dan jalan atas biaya pasien BPJS.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pelaksanaan audit operasional atas klaim BPJS RS Hative Passo.



2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui sampai sejauh mana tingkat efektivitas audit operasional atas klaim

BPJS pada RS Hative Passo.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Menjadi tambahan wawasan dan pengetahuan tentang audit operasional terkait dengan klaim BPJS di rumah sakit.

2. Manfaat Praktis

Menjadi informasi bagi rumah sakit dalam mengungkap kendala dan kelemahan pada sistematisasi proses pengajuan klaim BPJS di RS Hative Passo. Masukan bagi RS Hative Passo untuk meningkatkan sistem pengajuan klaim kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan lebih baik lagi.

3. Manfaat Institusi

Menjadi masukan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang audit dan dapat dijadikan referensi untuk penelitian lain.