BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem jaminan kesehatan nasional di Indonesia yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan memiliki peran penting dalam memastikan masyarakat memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan. Dalam sistem ini, rumah sakit sebagai penyelenggara layanan kesehatan wajib mengajukan klaim guna memperoleh pembayaran atau penggantian biaya dari BPJS Kesehatan. Proses pengajuan klaim ini merupakan bagian penting dari tata kelola administrasi rumah sakit dan memiliki dampak langsung terhadap kondisi keuangan serta kelangsungan operasional institusi tersebut. (Talkah et al., 2025)

Menurut (Olivia Susan et al., 2016) Administrasi klaim memegang peran krusial dalam sistem pembiayaan rumah sakit, terutama sejak diterapkannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan. Melalui proses ini, rumah sakit dapat memperoleh penggantian biaya atas layanan yang telah diberikan kepada pasien JKN sesuai dengan tarif INA-CBG's (*Indonesia Case Base Groups*). Pelaksanaan administrasi klaim yang tertib dan efisien sangat menentukan ketepatan waktu serta kepatuhan dalam pengajuan klaim. Sebaliknya, apabila proses ini tidak optimal misalnya karena dokumen tidak lengkap atau pengajuan terlambat maka klaim berisiko ditolak atau tertunda, yang dapat mengganggu arus kas dan stabilitas operasional rumah sakit. Selain itu, administrasi klaim juga menjadi penghubung antara pelayanan medis dan pengelolaan keuangan. Ketepatan pencatatan diagnosis dan tindakan, disertai kelengkapan dokumen pendukung, mencerminkan mutu pelayanan serta efektivitas sistem informasi manajemen rumah sakit. Jika proses ini tidak berjalan dengan baik, potensi kerugian finansial akibat klaim yang tidak dibayarkan akan semakin besar.

Proses administrasi klaim rawat inap menjadi fokus penting karena memiliki tingkat kompleksitas yang tinggi, baik dari sisi dokumen, validasimedis, hingga sistem pengajuan klaim elektronik. Proses administrasi klaim yang baik dimulai dengan pengumpulan dokumen administrasi yang lengkap dan akurat, termasuk

Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis yang ditandatangani dokter penanggung jawab, bukti pelayanan, serta dokumen pendukung lainnya sesuai standar INA-CBG's dan peraturan BPJS Kesehatan. Selanjutnya, dilakukan verifikasi kelengkapan dan keabsahan dokumen oleh petugas klaim, diikuti dengan pengkodean diagnosis dan prosedur medis menggunakan standar ICD-10 dan ICD- 9-CM yang kemudian diinput ke dalam aplikasi INA-CBG's untuk menghasilkan Laporan Individual Pasien (LIP). Setelah itu, dokumen klaim diverifikasi secara internal oleh unit manajemen klaim rumah sakit untuk memastikan kesesuaian dan kelengkapan sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan melalui sistem elektronik seperti e-Klaim, V-Claim, atau Virtual Claim. BPJS kemudian melakukan verifikasi lanjutan, termasuk pengecekan data tidak sesuai (DTS) yang jika ditemukan harus direvisi dan diajukan ulang oleh rumah sakit. Seluruh proses ini harus mengikuti standar operasional prosedur (SOP) yang mengacu pada Perpres No. 82 Tahun 2018, Permenkes No. 26 Tahun 2021, dan pedoman INA-CBG's agar klaim dapat diproses tepat waktu, biasanya paling lambat tanggal 10 setiap bulan. Dampak dari proses administrasi klaim yang efektif sangat besar bagi rumah sakit. Ketepatandan kelengkapan dokumen klaim membantu mempercepat tahap verifikasi dan pembayaran klaim oleh BPJS, sehingga meningkatkan arus kas rumah sakit dan menjaga kelancaran operasional pelayanan kesehatan. Selain itu, ketelitian dalam pencatatan diagnosis dan prosedur medis mencerminkan kualitas layanan klinis serta efisiensi sistem informasi manajemen rumah sakit, yang pada akhirnya meningkatkan reputasi dan kepercayaan pasien. (Ramadanis et al., 2024)

Proses administrasi klaim yang kurang optimal biasanya disebabkan oleh berbagai masalah yang saling berhubungan. Salah satu kendala utama adalah pengumpulan dokumen yang tidak lengkap atau tidak tepat, seperti berkas klaim yang tidak memenuhi persyaratan, dokumen pendukung yang kurang memadai, hasil pendukung yang belum diserahkan, serta ketidaksesuaian kode diagnosis yang menghambat kelancaran proses klaim. Selain itu, sering terjadi keterlambatan pengajuan klaim hingga 2-3 bulan, yang disebabkan oleh kurangnya koordinasi antar bagian dan minimnya pemahaman terhadap prosedur yang berlaku. Kesalahan dalam pengkodean, seperti adanya berkas dengan dua

kode diagnosis yang tidak sesuai, juga memperlambat proses verifikasi. Verifikasi yang kurang efektif, di mana petugas kurang teliti dalam memeriksa data klaim, semakin memperburuk kondisi. Ditambah lagi, masalah pada sistem informasi dan infrastruktur, seperti gangguan sinyal atau kerusakan perangkat lunak, menyebabkan inefisiensi kerja dan menambah beban administratif. Kurangnya SOP yang jelas terkait pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan serta minimnya pelatihan dan pengembangan kompetensi petugas klaim turut meningkatkan risiko kesalahan dan keterlambatan. (Rizki et al., 2025).

Dampak dari proses administrasi klaim yang tidak efektif ini sangat besar bagi rumah sakit. Keterlambatan dan ketidaktepatan dalam pengajuan klaim menyebabkan pembayaran dari BPJS Kesehatan tertunda, yang akhirnya mengganggu arus kas dan likuiditas keuangan rumah sakit. Menurut (Ungusari, 2015) kondisi seperti ini dapat menimbulkan gangguan operasional, seperti keterbatasan dana untuk pengadaan obat, alat medis, dan kebutuhan operasional lainnya, sehingga berdampak negatif pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Selain itu, peningkatan beban kerja administratif akibat pengembalian berkas yang tidak lengkap atau kesalahan dokumen menurunkan efisiensi kerja dan meningkatkan risiko kelelahan pada petugas. Dalam jangka panjang, ketidakteraturan dalam proses klaim dapat merusak reputasi rumah sakit dan menurunkan kepercayaan pasien serta mitra kerja. Oleh karena itu, sangat penting bagi rumah sakit untuk memperbaiki sistem administrasi klaim dengan menyusun SOP yang jelas, meningkatkan pelatihan petugas, memperbaiki infrastruktur teknologi informasi, serta memperkuat koordinasi antar bagian agar proses klaim dapat berjalan dengan lancar, efisien, dan tepat waktu.

Berdasarkan yang dilakukan oleh (Ayu Putri et al., 2019) diketahui bahwa pada tahun 2018, RSUD Bojonegoro mengalami tingkat pengembalian berkas klaim dari BPJS Kesehatan yang cukup signifikan, yaitu sebesar 33,93%. Dari total 11.346 berkas klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan, sebanyak 330 berkas dikembalikan kepada rumah sakit karena belum memenuhi persyaratan atau terdapat kekurangan dalam dokumen pendukung. Setelah dilakukan proses perbaikan dan kelengkapan administrasi oleh pihak rumah sakit, sebanyak 310 berkas dapat diajukan kembali dan dinyatakan layak untuk diproses oleh BPJS.

Namun demikian, terdapat 20 berkas yang dinyatakan tidak layak atau gagal untuk diklaimkan karena tidak memenuhi kriteria yang telah ditentukan. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar berkas yang dikembalikan masih dapat diperbaiki, keberadaan berkas yang gagal klaim tetap memberikan dampak negatif. Jika permasalahan seperti ini terus terjadi dari tahun ke tahun, maka rumah sakit berpotensi mengalami kerugian finansial secara terus-menerus akibat klaim yang tidak dapat dibayarkan. Oleh karena itu, penting bagi rumah sakit untuk meningkatkan ketelitian, efisiensi, dan kualitas dalam proses administrasi pengajuan klaim agar kerugian tersebut dapat diminimalkan.

Efektivitas administrasi klaim merupakan bagian yang krusial dalam menjaga kelancaran operasional dan stabilitas keuangan rumah sakit. Proses administrasi klaim yang berjalan dengan baik tidak hanya memastikan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan tepat waktu, tetapi juga mencerminkan kualitas pelayanan medis dan efisiensi sistem manajemen rumah sakit. Namun, berbagai kendala seperti ketidaklengkapan dokumen, kesalahan koding, keterlambatan pengajuan, lemahnya koordinasi antar bagian, serta masalah pada sistem informasi sering menghambat proses klaim. Oleh karena itu, studi yang menyeluruh terhadap tahapan dan kendala dalam administrasi klaim sangat diperlukan sebagai dasar untuk memperbaiki sistem dan kebijakan manajemen rumah sakit. Hal ini juga sejalan dengan berbagai regulasi pemerintah yang mengatur tata kelola klaim, seperti Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, serta Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan. Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 mengatur standar tarif pelayanan kesehatan yang menjadi acuan dalam pengajuan klaim INA-CBG’s. Dengan adanya kerangka regulasi ini, rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan akurasi, efisiensi, dan ketepatan waktu dalam pengelolaan klaim, sehingga meminimalisir risiko kerugian finansial dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara berkelanjutan. (Kementerian Kesehatan, 2019)

Penelitian ini dilakukan di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar karena hingga

saat ini belum ditemukan adanya kajian atau penelitian terdahulu yang secara khusus menganalisis proses administrasi klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit tersebut, khususnya dari aspek input, proses, dan output. Ketiadaan data penelitian sebelumnya menjadi peluang untuk mengeksplorasi lebih jauh permasalahan yang terjadi di lapangan, terutama dalam hal kendala pengajuan klaim rawat inap yang berpotensi menghambat efisiensi pelayanan dan arus kas rumah sakit. Dengan dilakukannya penelitian ini, diharapkan dapat diperoleh gambaran menyeluruh mengenai kondisi aktual proses administrasi klaim di RSUD Mardi Waluyo, serta memberikan dasar rekomendasi perbaikan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik rumah sakit, sekaligus memperkaya literatur ilmiah dalam bidang manajemen pelayanan kesehatan.

Berdasarkan berbagai permasalahan yang telah diuraikan terkait ketidak optimalan proses administrasi klaim, seperti ketidaklengkapan dokumen, kesalahan koding, keterlambatan pengajuan, serta kendala koordinasi dan sistem informasi, penulis merasa tertarik untuk mengkaji dan memperdalam pentingnya proses administrasi klaim bagi Rumah Sakit. Oleh karena itu, penulis mengambil judul "Studi Analisis Proses Pengajuan Administrasi Klaim di RSUD Mardi Waluyo" dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan memahami tahapan serta kendala dalam proses administrasi klaim, sehingga dapat menjadi dasar rekomendasi perbaikan sistem dan kebijakan manajemen rumah sakit guna meningkatkan efektivitas pengelolaan klaim serta kualitas pelayanan kesehatan.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana proses administrasi klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Mardi Waluyo?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Mengetahui dan menganalisis proses administrasi klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Mardi Waluyo.
2. Tujuan Khusus
   1. Menganalisis faktor input dalam proses administrasi klaim BPJS Kesehatan di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

2. Menganalisis faktor proses administrasi klaim BPJS Kesehatan di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.
3. Menganalisis faktor output administrasi klaim BPJS Kesehatan di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

   Penelitian ini memberikan gambaran tentang kendala yang dihadapi fasilitas kesehatan dalam proses administrasi klaim. Temuan ini dapat menjadi masukan untuk perbaikan sistem administrasi klaim, peningkatan kompetensi petugas, dan penguatan sistem informasi.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes Malang

   Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam pengembangan studi lebih lanjut terkait sistem klaim dalam Jaminan Kesehatan Nasional. Selain itu, hasil penelitian ini jugadapat memperkaya literatur dalam bidang manajemen pelayanan kesehatan dan administrasi rumah sakit.

3. Bagi Penulis

   Penelitian ini memberikan kesempatan bagi penulis untuk mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas proses administrasi klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mardi Waluyo, serta memberikan rekomendasi perbaikan untuk meningkatkan kelancaran, ketepatan, dan efisiensi pengajuan klaim rawat inap pasien JKN.