

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan merupakan salah satu komponen krusial pada kehidupan tiap manusia. WHO menekankan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial yang lengkap, bukan sekadar tidak adanya penyakit atau kelemahan (WHO, dalam Natalina et al., 2022). Konsep ini sejalan dengan Undang-Undang Tahun 1945 Pasal 28H Ayat 1 yang menyebutkan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan" (DJSN, 2019). Pernyataan tersebut menegaskan bahwa setiap warga negara Indonesia berhak memiliki kesempatan yang sama untuk menjalani hidup sehat dan menjaga kesehatannya.

Untuk mewujudkan hal tersebut, pemerintah Indonesia membentuk sebuah program jaminan sosial kesehatan yang saat ini dikenal dengan nama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan merupakan bentuk perlindungan kesehatan yang bertujuan untuk memastikan peserta mendapatkan manfaat layanan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. Program ini diberikan kepada individu yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan secara mandiri atau yang iurannya ditanggung oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah (Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan, 2018).

Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Salah satu tugas utamanya BPJS Kesehatan adalah membayarkan manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial. Dalam menjalankan tugas ini, proses klaim menjadi elemen krusial untuk memastikan peserta memperoleh haknya. (Undang-Undang (UU) Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 2011).

BPJS Kesehatan menerapkan prosedur klaim yang berbasis reimbursement dengan model pembiayaan INA-CBG's. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (2023), tarif INA-CBG merupakan besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) didasarkan pada paket layanan yang mengelompokkan diagnosis penyakit dan prosedur. Pembayaran ini mencakup seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan, baik medis maupun nonmedis.

Dalam proses mendapatkan penggantian biaya dari BPJS Kesehatan, rumah sakit diwajibkan mengikuti prosedur klaim atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Klaim manfaat pelayanan kesehatan merupakan permohonan pembayaran biaya yang diajukan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Mengingat pengaruh langsungnya terhadap aspek keuangan rumah sakit, pengelolaan sistem klaim harus dilaksanakan secara optimal untuk memastikan efisiensi aliran dana dan menghindari penundaan. Oleh karena itu, sistem manajemen klaim merupakan komponen yang sangat krusial bagi rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Namun, dengan bertambahnya jumlah pengajuan klaim dalam sistem JKN, tantangan dalam pengelolaan klaim—termasuk klaim yang tertunda atau pending—menjadi semakin kompleks. Klaim dengan status pending umumnya disebabkan oleh ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) terkait masalah administrasi pasien, aturan coding, atau bahkan isu medis yang belum diselesaikan (Zalukhu et al., 2024).

Klaim pending seringkali terjadi akibat ketidaklengkapan dokumen, kurang tepatnya pengkodean diagnosis dan tindakan, serta kurangnya pemeriksaan atau pencatatan data penunjang. Hal ini umumnya dipengaruhi oleh kelemahan koordinasi antar pihak terkait, keterbatasan fasilitas kerja seperti sistem informasi yang kurang optimal, serta kurangnya pemahaman terhadap regulasi yang berlaku. Selain itu, tekanan kerja yang tinggi dan minimnya pelatihan

berkelanjutan juga dapat meningkatkan risiko terjadinya kesalahan administrasi (Immi, 2023).

Mengelola klaim pending secara efektif menjadi krusial, karena tidak hanya memengaruhi stabilitas keuangan organisasi, tetapi juga mencerminkan akuntabilitas dan transparansi dalam pelayanan kesehatan. Kegagalan dalam mengatasi klaim pending dapat menimbulkan risiko kerugian reputasi, yang berpotensi merusak kepercayaan pasien dan masyarakat terhadap layanan yang diberikan.

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang, jumlah klaim pending pada periode Januari hingga September 2024 tercatat sebagai berikut:

Bulan	Jumlah Pengajuan Klaim		Jumlah Klaim Pending		Presentase Klaim Pending	
	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap
Januari	16760	1072	213	85	1,3%	7,9%
Februari	15654	1034	212	115	1,4%	11,1%
Maret	15646	1162	233	105	1,5%	9,0%
April	14103	928	1200	106	8,5%	11,4%
Mei	17018	1150	915	88	5,4%	7,7%
Juni	15069	1096	994	123	6,6%	11,2%
Juli	17747	1108	843	101	4,8%	9,1%
Agustus	17669	1105	335	188	1,9%	17,0%
September	16560	1047	1733	132	10,5%	12,6%

Tabel 1. 1 Tabel Jumlah Klaim Pending pada Januari – September 2024

Data klaim pending tersebut menunjukkan adanya fluktuasi yang cukup tinggi, terutama pada bulan April, Mei, Juni, Juli, dan September. Jumlah klaim pending pada bulan-bulan tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan bulan-bulan lainnya. Puncak klaim pending tertinggi terjadi pada bulan September, dengan total 1.733 klaim rawat jalan dan 132 klaim rawat inap atau setara dengan 10,5% dan 12,6% dari seluruh klaim pada masing-masing layanan.

Berdasarkan wawancara tidak terstruktur dengan petugas casemix, ditemukan bahwa salah satu kendala utama dalam penyelesaian klaim pending adalah belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang baku. Kondisi

ini menyebabkan tidak semua pegawai di bagian casemix memiliki kemampuan yang memadai untuk menangani penyelesaian klaim pending. Dari total 13 (tiga belas) pegawai di Unit Casemix, hanya 4 (empat) orang yang memahami prosedur penyelesaian klaim pending. Dari jumlah tersebut, hanya 1 (satu) pegawai yang secara khusus ditugaskan untuk menangani klaim pending. Selain itu, terdapat 2 (dua) pegawai lain yang turut menangani klaim pending, tetapi mereka berperan sebagai verifikator internal di bawah naungan Unit Pelayanan dan harus membagi waktu dengan pekerjaan lainnya (partial), sehingga tidak secara penuh bertugas menangani klaim pending saja.

Penelitian oleh Farhansyah et al. (2024) menunjukkan bahwa penumpukan klaim pending meningkatkan beban kerja petugas, yang harus menangani klaim baru sekaligus menyelesaikan klaim tertunda. Kondisi serupa terjadi di Unit Casemix RS Universitas Muhammadiyah Malang, yang belum memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) baku untuk penyelesaian klaim pending. Akibatnya, proses sangat bergantung pada pengalaman individu, dengan hanya 4 dari 13 pegawai yang memahami alur penanganannya. Hal ini menyebabkan distribusi beban kerja tidak merata, penurunan efisiensi dan kualitas kerja, serta potensi gangguan operasional rumah sakit. Ketiadaan SOP juga memperlambat onboarding staf baru dan transfer knowledge, serta meningkatkan risiko inkonsistensi saat volume klaim meningkat (Setiyawan et al., 2023). Oleh karena itu, perumusan SOP penyelesaian klaim pending menjadi kebutuhan mendesak untuk memastikan proses yang sistematis, efisien, dan terstandar.

SOP atau Standar Operasional Prosedur adalah panduan tertulis yang berfungsi sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan rutin atau aktivitas yang bersifat berulang (Hartatik, 2019). Selain sebagai pedoman, SOP juga menjadi alat untuk mencapai efisiensi, efektivitas, dan keekonomisan dalam suatu kegiatan operasional (Fais et al., 2024). Dengan adanya SOP yang jelas dan terstruktur, diharapkan proses penyelesaian klaim pending dapat dipahami oleh seluruh staf, sehingga transfer knowledge dapat berjalan optimal dan beban kerja dapat didistribusikan secara lebih merata dan efisien.

Maka dari itu, penulis tertarik untuk merumuskan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam penyelesaian klaim pending pasien JKN di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang melalui penrumusan Proyek Tugas akhir yang berjudul “Penyusunan SOP Penanganan Klaim Pending JKN di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan dalam penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Bagaimana mekanisme penyelesaian klaim pending JKN dilakukan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang?
2. Bagaimana cara menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) yang efektif untuk penyelesaian klaim pending JKN agar dapat diterapkan oleh lebih banyak pegawai di Unit Casemix Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam penyelesaian klaim pending pasien JKN di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang, dengan fokus pada peningkatan efisiensi dan efektivitas proses klaim. Penyusunan SOP ini diharapkan dapat mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya manusia, mempercepat penyelesaian klaim pending, dan memastikan distribusi tugas yang lebih merata tanpa bergantung pada personil tertentu.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisis mekanisme penyelesaian klaim pending JKN di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.
2. Menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) yang efektif sehingga dapat digunakan sebagai panduan dalam penyelesaian klaim pending

JKN agar dapat dijalankan oleh lebih banyak pegawai di Unit Casemix di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Bagi Penulis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan tambahan bagi penulis mengenai penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) penyelesaian klaim pending. Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk memperluas pemahaman penulis terkait strategi yang diterapkan rumah sakit dalam meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan melalui optimalisasi kualitas proses klaim.

### **1.4.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi kepada rumah sakit untuk mengoptimalkan proses klaim, khususnya dalam mempercepat dan meningkatkan efisiensi penyelesaian klaim pending, sehingga rumah sakit dapat terus memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas

### **1.4.3 Manfaat Bagi Poltekkes Kemenkes Malang**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan pengetahuan serta menjadi bahan referensi dalam perkuliahan terkait prosedur klaim pasien JKN oleh rumah sakit, sekaligus menggambarkan upaya rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.