BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara yang dijamin oleh pemerintah sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Untuk mewujudkan pemerataan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau, pemerintah menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Program JKN bertujuan memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh melalui sistem pembiayaan yang efektif, efisien, dan berkeadilan sehingga masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan tanpa mengalami hambatan finansial (Ulfah & Nugroho, 2020).

Sejak mulai diimplementasikan pada tahun 2014, jumlah peserta JKN terus mengalami peningkatan yang berdampak pada meningkatnya pemanfaatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kondisi tersebut menuntut rumah sakit untuk tidak hanya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, tetapi juga mampu mengelola sistem administrasi dan pembiayaan secara efektif. Salah satu aspek penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah pengelolaan klaim BPJS Kesehatan karena pembayaran klaim merupakan sumber utama pendapatan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada peserta JKN (BPJS Kesehatan, 2024).

Dalam penyelenggaraan JKN, BPJS Kesehatan menerapkan sistem pembayaran prospektif menggunakan *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs). Sistem ini mengelompokkan diagnosis dan tindakan medis ke dalam kelompok kasus tertentu dengan tarif yang telah ditetapkan sebelumnya. Melalui sistem tersebut, rumah sakit menerima pembayaran berdasarkan kelompok diagnosis dan tindakan, bukan berdasarkan biaya riil pelayanan yang diberikan kepada pasien (Nurdiah & Iman, 2016). Penerapan sistem INA-CBGs bertujuan meningkatkan efisiensi biaya

pelayanan kesehatan serta mengendalikan pembiayaan kesehatan nasional tanpa mengurangi mutu pelayanan yang diberikan kepada masyarakat (Endang, 2022).

Meskipun demikian, penerapan sistem INA-CBGs masih menghadapi berbagai tantangan, salah satunya adalah terjadinya selisih klaim BPJS Kesehatan. Selisih klaim merupakan perbedaan antara biaya riil pelayanan kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah sakit dengan nilai klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan tarif INA-CBGs. Kondisi tersebut menjadi perhatian karena dapat memengaruhi stabilitas keuangan rumah sakit, terutama apabila nilai klaim yang diterima lebih rendah dibandingkan biaya pelayanan yang telah dikeluarkan (Oktamianiza et al., 2024).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa selisih klaim masih sering terjadi pada pelayanan rawat inap. Tarif INA-CBGs yang bersifat tetap belum sepenuhnya mampu mengakomodasi seluruh biaya pelayanan, terutama pada kasus dengan tingkat keparahan penyakit yang tinggi, lama rawat inap yang panjang (*length of stay*), serta tindakan medis yang kompleks. Kondisi tersebut menyebabkan rumah sakit harus menanggung sebagian biaya pelayanan sehingga dapat memengaruhi efisiensi operasional dan keberlanjutan pelayanan kesehatan (Endang, 2022).

Selain selisih klaim, rumah sakit juga masih menghadapi permasalahan *pending claim* dan *dispute claim* yang umumnya disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen rekam medis, ketidaksesuaian data administrasi pasien, kesalahan pengkodean diagnosis maupun tindakan medis, serta adanya perbedaan interpretasi terhadap regulasi klaim yang berlaku (Santiasih et al., 2021). Permasalahan tersebut berpotensi menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim, terganggunya arus kas rumah sakit, serta menurunkan efektivitas pengelolaan keuangan rumah sakit.

Faktor-faktor yang menyebabkan selisih klaim BPJS Kesehatan sangat beragam. Dari aspek klinis, lama rawat inap, tingkat keparahan

penyakit, penyakit penyerta (*comorbidity*), dan kompleksitas tindakan medis dapat meningkatkan biaya pelayanan sehingga berpotensi menimbulkan selisih klaim negatif (Utami & Fanny, 2021; Endang, 2022). Dari aspek administratif, ketidaklengkapan dokumen rekam medis, ketidaksesuaian kode diagnosis dan tindakan, serta ketidakakuratan data administrasi pasien juga dapat menyebabkan koreksi maupun penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan (Pratama et al., 2023).

Penelitian ini menggunakan pendekatan teori manajemen 5M, yang meliputi *Man, Method, Machine, Material,* dan *Money*. Faktor Man berkaitan dengan kompetensi, pengetahuan, dan kinerja sumber daya manusia yang terlibat dalam proses klaim. Faktor Method mencakup prosedur kerja, standar operasional prosedur (SOP), dan kebijakan dalam pengajuan klaim. Faktor Machine berkaitan dengan sistem informasi dan teknologi yang mendukung proses klaim. Faktor Material meliputi kelengkapan dokumen rekam medis dan administrasi pasien, sedangkan faktor Money berkaitan dengan kesesuaian tarif INA-CBGs terhadap biaya riil pelayanan rumah sakit (Nurdiah & Iman, 2016; Endang, 2022).

Meskipun berbagai penelitian telah membahas permasalahan klaim BPJS Kesehatan, sebagian besar penelitian terdahulu lebih berfokus pada *pending claim*, *dispute claim*, ketepatan pengkodean diagnosis dan tindakan, serta perbandingan tarif INA-CBGs dengan biaya riil pelayanan rumah sakit. Penelitian Santiasih et al. (2021) menitikberatkan pada faktor penyebab *pending claim*, sedangkan penelitian Pratama et al. (2023) lebih menyoroti ketepatan pengkodean diagnosis dan tindakan dalam proses klaim. Selain itu, sebagian besar penelitian hanya mengkaji faktor-faktor penyebab selisih klaim secara parsial, baik dari aspek administratif maupun aspek klinis. Dengan demikian, penelitian yang menganalisis faktor penyebab selisih klaim BPJS Kesehatan secara komprehensif dengan mengintegrasikan faktor sumber daya manusia, metode, sistem informasi, kelengkapan dokumen, dan aspek pembiayaan masih relatif terbatas.

Selain keterbatasan tersebut, berdasarkan hasil penelusuran penelitian terdahulu belum ditemukan penelitian yang secara khusus menganalisis faktor penyebab selisih klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Umum Ja'far Medika Karanganyar menggunakan pendekatan manajemen 5M (*Man, Method, Machine, Material,* dan *Money*). Kondisi tersebut menunjukkan adanya kesenjangan penelitian, baik dari sisi objek penelitian maupun pendekatan analisis yang digunakan. Oleh karena itu, diperlukan penelitian yang mampu mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor penyebab selisih klaim BPJS Kesehatan secara menyeluruh sehingga dapat memberikan gambaran yang komprehensif mengenai akar permasalahan yang terjadi.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Ja'far Medika Karanganyar melalui wawancara dengan petugas casemix, masih ditemukan permasalahan selisih klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap. Permasalahan yang teridentifikasi meliputi kasus *readmisi* dan satu rangkaian pelayanan, kendala pada sistem informasi rumah sakit, ketidaklengkapan dokumen rekam medis, ketidaksesuaian pengkodean diagnosis dan tindakan, serta perlunya konfirmasi kode prosedur berdasarkan hasil pemeriksaan Patologi Anatomi (PA). Selain itu, tarif INA-CBGs yang diterima rumah sakit pada beberapa kasus masih lebih rendah dibandingkan biaya riil pelayanan, terutama pada pasien dengan lama rawat inap yang panjang dan tindakan medis yang kompleks.

Data studi pendahuluan dari Bagian Casemix Rumah Sakit Umum Ja'far Medika Karanganyar menunjukkan bahwa selama enam bulan terakhir total nilai klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan mencapai Rp6.985.046.762, sedangkan nilai klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan sebesar Rp4.595.541.600. Data tersebut menunjukkan adanya selisih sebesar Rp2.389.505.162 antara nilai klaim yang diajukan dengan nilai klaim yang dibayarkan. Selain itu, persentase selisih klaim BPJS Kesehatan yang terjadi berkisar antara 15% hingga 20% setiap bulan.

Besarnya nilai dan persentase selisih klaim tersebut menunjukkan bahwa permasalahan klaim BPJS Kesehatan masih menjadi tantangan yang perlu mendapat perhatian serius karena dapat memengaruhi pendapatan rumah sakit, mengganggu arus kas, mengurangi efisiensi operasional, serta berpotensi memengaruhi keberlangsungan dan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Penelitian ini memiliki urgensi yang tinggi karena selisih klaim BPJS Kesehatan tidak hanya berdampak pada aspek administrasi klaim, tetapi juga berpengaruh terhadap kondisi keuangan rumah sakit. Selisih klaim yang terjadi secara berkelanjutan dapat menyebabkan penurunan pendapatan rumah sakit, terganggunya arus kas, menurunnya efisiensi operasional, serta berpotensi memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan identifikasi terhadap faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya selisih klaim BPJS Kesehatan sehingga dapat dirumuskan strategi perbaikan yang tepat untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi proses pengelolaan klaim.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa selisih klaim BPJS Kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang meliputi aspek sumber daya manusia (*Man*), metode kerja (*Method*), sistem informasi (*Machine*), kelengkapan dokumen (*Material*), dan aspek pembiayaan (*Money*). Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Faktor Penyebab Selisih Klaim BPJS Kesehatan pada Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Ja'far Medika Karanganyar."

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran faktor *Man, Method, Machine, Material, dan Money* dalam proses klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Umum Ja'far Medika Karanganyar?
2. Apakah terdapat hubungan antara faktor *Man, Method, Machine, Material,* dan *Money* dengan selisih klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Umum Ja'far Medika Karanganyar?

3. Faktor 5M manakah yang memiliki hubungan paling kuat dengan selisih klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Umum Ja'far Medika Karanganyar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Utama

   Untuk menganalisis Untuk menganalisis faktor-faktor penyebab selisih klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Ja'far Medika Karanganyar berdasarkan pendekatan manajemen (5M).

2. Tujuan Khusus

   a. Menganalisis faktor Sumber Daya Manusia (*Man*), mencakup kompetensi koding, ketelitian penulisan diagnosis oleh dokter, serta kepatuhan petugas administrasi dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

   b. Menganalisis faktor Sistem dan Regulasi (*Method & Money*), mencakup ketersediaan anggaran operasional tim *casemix*, kesesuaian Standar Prosedur Operasional (SPO), serta kejelasan alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

   c. Menganalisis faktor Fasilitas dan Logistik (*Machine & Material*), mencakup performa dan kestabilan SIMRS/aplikasi E-Klaim, serta kelengkapan dan kejelasan berkas resume medis pasien.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi manajemen rumah sakit dalam mengidentifikasi faktor-faktor penyebab selisih klaim BPJS Kesehatan, sehingga dapat dilakukan perbaikan dalam aspek pelayanan klinis, administrasi, serta sistem pengelolaan klaim guna meminimalkan kerugian finansial.

2. Bagi Institusi

Penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan literatur dalam bidang administrasi rumah sakit, khususnya terkait manajemen klaim dan sistem pembiayaan kesehatan, serta menjadi bahan pembelajaran bagi mahasiswa dalam memahami permasalahan nyata di fasilitas pelayanan kesehatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan dan perbandingan bagi peneliti lain dalam mengembangkan penelitian yang lebih luas terkait faktor-faktor yang mempengaruhi selisih klaim BPJS Kesehatan, baik dengan pendekatan kuantitatif maupun kualitatif

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Penulis dan Tahun	Judul Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Gusti Agung Ngurah Putra Prandyantara et al., (2023)	Analisis Selisih Biaya Antara Tarif Riil Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBG's pada Kasus Sectio Caesarea di Rumah Sakit Panti Nugroho	Sama-sama meneliti selisih antara tarif rumah sakit dengan klaim INA-CBG's/BPJS pada pasien rawat inap. Sama-sama menggunakan data klaim BPJS sebagai objek penelitian.	Penelitian terdahulu hanya berfokus pada kasus Sectio Caesarea, sedangkan penelitian yang akan dilakukan meneliti seluruh kasus rawat inap serta menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya selisih klaim menggunakan pendekatan manajemen 5M di RSU Ja'far Medika Karanganyar.
2.	Endang (2022)	Analisis Penyebab Selisih Perhitungan Tagihan Menurut Rumah Sakit dengan Badan	Sama-sama membahas penyebab terjadinya selisih antara tagihan rumah sakit dan pembayaran BPJS	Penelitian terdahulu menitikberatkan pada analisis selisih perhitungan tagihan pasien rawat inap kelas

		Penyelenggara Jaminan Sosial (Studi Kasus pada Rumah Sakit Umum Daerah Sekayu)	pada pasien rawat inap.	III dan faktor seperti lama hari rawat, pengkodean diagnosis, jenis obat, serta teknologi rumah sakit. Penelitian yang akan dilakukan berfokus pada faktor penyebab selisih klaim BPJS rawat inap secara menyeluruh dengan pendekatan 5M di RSU Ja'far Medika Karanganyar.
3.	Andrea Thrisiawan Pradhana et al., (2025)	Selisih Klaim INA-CBGs dengan Tarif Aktual di RS X Surabaya	Sama-sama meneliti adanya selisih negatif antara klaim BPJS dan tarif aktual rumah sakit serta faktor yang memengaruhinya.	Penelitian terdahulu menggunakan metode kuantitatif analitik dengan analisis regresi linier dan fokus pada pengaruh komponen biaya pelayanan terhadap defisit klaim. Penelitian yang akan dilakukan menggunakan pendekatan analisis faktor penyebab berdasarkan unsur Man, Money, Method, Material, dan Machine terhadap selisih klaim BPJS rawat inap. frekuensi.
4.	Oktamianiza el al., (2024)	Penyebab pending klaim berdasarkan aspek diagnosis dan	Peneliti penyebab hambatan klaim BPJS Kesehatan dari sisi akurasi data rekam medis	Fokus penelitian ini hanya terbatas aspek diagnosis dan ketepatan

		ketepatan kode diagnosis		kode ,menggunakan analisis univariat untuk distribusi.
5.	Yeni Tri Utami & Nabilatul Fanny (2021)	Faktor Penyebab Perbedaan Selisih Klaim Negatif Tarif Ina-Cbgs dengan Tarif Riil di RSUD Dr. Moewardi	Menganalisis faktor-faktor yangmenyebabkan selisih biaya antara tarif RS dan tarif BPJS	Fokus pada "selisih klaim negatif" (kerugian biaya) khususnya kasus obgyn; menggunakan uji statistik One Way ANOVA.