

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lahirnya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014 menjadi tonggak sejarah penting dalam transformasi sistem kesehatan di Indonesia. Melalui prinsip asuransi sosial berskala masif ini, pemerintah berupaya memberikan perlindungan finansial bagi masyarakat agar dapat mengakses layanan kesehatan preventif hingga rehabilitatif tanpa takut jatuh miskin. Dinamika pengelolaan program ini bergerak sangat cepat. Laporan industri *State of BPJS Claims 2026* mencatat total transaksi klaim BPJS Kesehatan secara nasional telah menembus angka fantastis Rp201 triliun, yang setara dengan rata-rata aliran dana Rp17 triliun per bulan bagi seluruh fasilitas kesehatan di Indonesia [Tim Riset Med Minutes, 2026]. Namun, besarnya perputaran anggaran tersebut diiringi dengan pengetatan verifikasi administrasi pasca-rekomendasi KPK untuk mencegah timbulnya *fraud* [Komisi Pemberantasan Korupsi, 2024]. Menurut laporan Tempo.co (2025), klaim mandek atau tertunda (*pending claim*) di BPJS Kesehatan mengalami lonjakan hingga 20 persen akibat pengetatan verifikasi yang berdampak langsung bagi rumah sakit secara nasional.

Fenomena pembekuan dana berskala nasional tersebut tercermin nyata pada beberapa rumah sakit di regional Jawa Barat khususnya Kabupaten Bogor seperti di rumah sakit Melania Bogor penumpukan berkas klaim *pending* BPJS Kesehatan diidentifikasi sebagai masalah multifaktorial. Hambatan operasional ini secara garis besar dipengaruhi oleh tiga domain utama, yaitu keterbatasan kapasitas petugas, ketidaklengkapan dokumentasi rekam medis, dan kendala integrasi teknologi informasi rumah sakit.

Klaim *pending* BPJS Kesehatan terjadi juga di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat, sepanjang tahun 2025. Sebagai fasilitas kesehatan swasta, kelancaran proses pencairan klaim BPJS Kesehatan merupakan urat nadi bagi stabilitas arus kas (*cash flow*) harian rumah sakit. Berdasarkan data dilapangan sepanjang tahun anggaran

2025 kemarin, tata kelola keuangan di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat, mengalami hambatan operasional kritis di bagian rawat inap. Data internal menunjukkan adanya penundaan pembayaran klaim (*pending*) rawat inap jaminan BPJS Kesehatan yang melonjak hingga mencapai **14,86% per bulan**, dengan akumulasi nominal dana tertahan yang sangat masif mencapai **Rp 6.757.080.270.-** Situasi ini diperparah dengan temuan 10 kasus tidak layak bayar sebesar Rp 49.871.900,- serta adanya sanksi penalti berupa dana klaim yang telah cair (dibayarkan) akibat ketidaksesuaian regulasi pelayanan berdasarkan hasil Audit Administrasi Klaim (AAK) dan Verifikasi Pasca Klaim (VPK) mencapai **Rp 554.211.300,-**

Tertahannya dana miliaran rupiah ini memicu efek domino yang mengancam stabilitas internal rumah sakit, mulai dari terhambatnya pengadaan persediaan obat-obatan di depo farmasi, pemeliharaan alat medis vital, penumpukan beban kerja staf akibat telusur berkas lama, hingga risiko terjadinya klaim kedaluwarsa (*expired*) dan hambatan pembayaran gaji karyawan (Sari & Rahmawati, 2023).

Tinggi rendahnya angka klaim *pending*/penundaan klaim di sebuah rumah sakit sangat bersifat kontekstual dan dipengaruhi oleh keandalan manajemen internal masing-masing fasilitas kesehatan. [Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada (2026), Jurnal MARSII: Manajemen Armada Rumah Sakit Indonesia]. Oleh karena itu, diperlukan pengujian khusus untuk memetakan kekuatan hubungan serta mengidentifikasi faktor mana yang memegang derajat risiko (*Odds Ratio*) paling tinggi di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat, [Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada (2026)].

Berangkat dari urgensi tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian skripsi dengan judul: "**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Klaim *Pending* Rawat Inap Jaminan BPJS Kesehatan Tahun 2025 di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat**".

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan paparan pada latar belakang, tata kelola klaim BPJS Kesehatan di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat, sepanjang tahun 2025 menghadapi hambatan operasional internal yang sangat serius. Munculnya angka klaim tertunda (*pending klaim*) pada pelayanan rawat inap yang melonjak hingga menyentuh 14,86% per bulan telah menciptakan kesenjangan (*gap*) kritis, mengingat target indikator kinerja utama (KPI) yang ditetapkan oleh manajemen keuangan untuk menjaga stabilitas fiskal faskes swasta adalah maksimal 5% per bulan [Sukamto & Yulianto, 2025]. Dampak dari pembekuan dana ini tidak main-main, yaitu tertahannya modal kerja operasional rumah sakit dengan akumulasi nominal fantastis mencapai Rp 6.757.080.270,- Kondisi tersebut diperberat oleh penalti finansial akibat hasil Audit Administrasi Klaim (AAK) serta Verifikasi Pasca Klaim (VPK) ditahun 2025 sebesar Rp 554.211.300,- dan 10 kasus klaim rawat inap sejumlah Rp 49.871.900,- yang divonis tidak layak bayar, hingga ancaman fatal berupa berkas klaim yang kadaluarsa (*expired*) sehingga hangus dan tidak dapat ditagihkan kembali [Tim Riset Med Minutes, 2026].

Efek domino dari macetnya arus kas ini telah mengganggu stabilitas internal rumah sakit, mulai dari terhambatnya pengadaan obat-obatan di depo farmasi, pemeliharaan alat medis, penumpukan beban kerja staf akibat telusur berkas lama, hingga risiko hambatan pada pembayaran gaji karyawan [Sari & Rahmawati, 2023]

Kesenjangan empiris (*research gap*) semakin nyata ketika temuan di lapangan dikonfrontasikan dengan tiga literatur terdahulu, di mana penundaan klaim dipicu secara heterogen oleh masalah kelengkapan rekam medis [Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada (2026)], ketidakakuratan koding kode (ICD-10 & ICD-9-CM), tingkat pemahaman serta kepatuhan petugas terhadap regulasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berlaku dinamis juga menjadi faktor penentu utama terjadinya klaim *pending* (Dediana & Syafrudi, 2025). Mengingat dampak risiko dari ketiga variabel tersebut sangat bergantung pada karakteristik tata kerja masing-masing institusi, maka diperlukan sebuah pembuktian ilmiah untuk memetakan

kekuatan hubungan serta mengidentifikasi faktor risiko yang paling dominan di rumah sakit ini [Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada (2026)].

Berangkat dari kesenjangan (*gap*) yang masif antara standar regulasi dengan realisasi riil di lapangan tersebut, maka pertanyaan utama dalam penelitian ini adalah: "**Faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan kejadian klaim *pending* rawat inap jaminan BPJS Kesehatan tahun 2025 di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat,?**".

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah diuraikan, pertanyaan dalam penelitian ini diklasifikasikan ke dalam dua tahapan analisis.

1.3.1 Pertanyaan Deskriptif

Pertanyaan-pertanyaan ini diajukan untuk melihat potret nyata secara mandiri dari masing-masing kondisi variabel di lapangan:

1. Bagaimana profil sebaran kejadian klaim *pending* pada pelayanan rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat, selama periode tahun 2025?
2. Bagaimana gambaran riil tingkat kelengkapan berkas rekam medis pada kasus-kasus pasien rawat inap yang diajukan klaimnya oleh pihak rumah sakit?
3. Seberapa tinggi tingkat akurasi dan ketepatan koding diagnosis (ICD-10) maupun koding tindakan (ICD-9-CM) yang dilakukan oleh petugas *coder* pada berkas klaim tersebut?
4. Bagaimana tingkat pemahaman kognitif staf multi profesi (dokter, perawat, petugas administrasi, dan *casemix*) mengenai regulasi serta syarat ketentuan klaim JKN pada penjaminan pelayanan rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat?

1.3.2 Pertanyaan Analitik (Analisis Bivariat)

Apakah terdapat hubungan antara faktor internal rumah sakit dengan kejadian *pending claim* JKN rawat inap di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat Tahun 2025?

1. Apakah terdapat hubungan antara tingkat kelengkapan dokumen rekam medis dengan kejadian *pending claim* JKN rawat inap di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat Tahun 2025?
2. Apakah terdapat hubungan antara ketepatan koding diagnosis dan prosedur (berdasarkan ICD-10 dan ICD-9-CM) dengan kejadian *pending claim* JKN rawat inap di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat Tahun 2025?
3. Apakah terdapat hubungan antara pemahaman kognitif staf multi profesi (dokter, perawat, petugas administrasi, dan *casemix*) mengenai regulasi JKN dengan kejadian *pending claim* JKN rawat inap di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat Tahun 2025?

1.4 Tujuan Skripsi

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian klaim tertunda (*pending*) rawat inap jaminan BPJS Kesehatan tahun 2025 di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat, guna memberikan rekomendasi strategis dalam menjembatani kesenjangan (*gap*) antara standar ideal (maksimal 5% per bulan) dengan realisasi riil di lapangan (14,86% per bulan).

1.4.2 Tujuan Khusus

Mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian klaim *pending* rawat inap tahun 2025

1. Apakah terdapat hubungan antara kelengkapan pengisian berkas rekam medis pasien rawat inap dengan status *pending* berkas klaim BPJS Kesehatan tahun 2025?

2. Apakah terdapat hubungan antara ketepatan pengkodean (*coding*) diagnosis (*ICD-10*) dan tindakan medis (*ICD-9-CM*) oleh petugas *coder* dengan risiko terjadinya *pending* klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahun 2025?
3. Apakah terdapat hubungan antara pemahaman kognitif staf multi profesi (dokter, perawat, petugas administrasi, dan *casemix*) mengenai regulasi JKN dengan kejadian *pending claim* JKN rawat inap di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat Tahun 2025?

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Rumah Sakit

1. Bagi Manajemen RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat,

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan potret evaluasi yang objektif dan berbasis data (*evidence-based*) mengenai akar masalah finansial rumah sakit. Data statistik yang dihasilkan dapat dijadikan landasan strategis untuk merumuskan kebijakan internal baru, menata ulang sistem verifikasi berkas sebelum dikirim, serta memetakan strategi kendali mutu dan kendali biaya guna menekan angka *pending* klaim rawat inap kembali ke bawah batas toleransi standar 5%.

2. Bagi Unit Pelayanan Mutu dan Verifikator Internal

Penelitian ini dapat menjadi acuan konkret untuk menyelaraskan pemahaman regulasi pelayanan yang dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan, sehingga mampu meminimalkan risiko penalti finansial akibat Audit Administrasi Klaim (AAK) maupun Verifikasi Pasca Klaim (VPK) di masa mendatang.

3. Bagi Praktisi Tenaga Kesehatan (Dokter, Perawat, dan Koder)

Penelitian ini diharapkan mampu meningkatkan kesadaran kolektif mengenai pentingnya komunikasi interprofesional, kedisiplinan pengisian resume medis yang tepat waktu oleh DPJP, serta ketelitian pengkodean

klinis (ICD-10 dan ICD-9 CM) demi kelancaran siklus keuangan (*cash flow*) rumah sakit tempat mereka mengabdikan.

1.5.2 Manfaat Bagi Akademis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah dalam memperkaya khazanah ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat, khususnya di bidang manajemen rumah sakit dan tata kelola klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

2. Bagi Peneliti Lain

Skripsi ini dapat menjadi rujukan ilmiah dan referensi literatur bagi penelitian-penelitian selanjutnya yang berfokus pada analisis faktor-faktor penyebab *pending claim* BPJS Kesehatan, serta mendukung pengembangan ilmu administrasi kebijakan kesehatan yang berbasis bukti (*evidence-based*).

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian kuantitatif analitik berdesain cross-sectional di RS XX Kabupaten Bogor, Jawa Barat, menyoroti masalah serius berupa lonjakan klaim tertunda (*pending claim*) hingga 14,86% pada pelayanan rawat inap JKN tahun 2025. Fenomena ini berakar dari kurangnya kelengkapan berkas rekam medis, ketidaktepatan pengkodean, dan minimnya pemahaman staf terhadap regulasi BPJS Kesehatan, yang berakibat pada terhambatnya arus kas serta meningkatnya beban kerja operasional rumah sakit. Studi ini direncanakan berjalan pada bulan Juli hingga September 2026.