

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fasilitas Pelayanan Kesehatan merupakan tempat atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik untuk pelayanan promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat (Kemenkes RI, 2016b). Salah satu contoh fasilitas pelayanan kesehatan adalah rumah sakit.

Rumah sakit merupakan lembaga pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan gawat darurat, rawat inap dan rawat jalan (Kemenkes RI, 2020). Pelayanan kesehatan merupakan salah satu hak mendasar masyarakat yang dilaksanakan pemerintah seperti yang telah disampaikan dalam UUD 1945 Pasal 28 H Ayat (1) semua orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal juga mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia, 2017). Pemerintah memiliki program kesehatan untuk seluruh rakyat Indonesia yang disebut dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program Pemerintah yang memiliki tujuan untuk memberikan jaminan kesehatan untuk seluruh rakyat Indonesia agar mendapatkan hidup yang sehat, produktif serta sejahtera (Kemenkes RI, 2016a). Terhitung sejak tanggal 1 Januari 2014 program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Kesehatan (BPJS) (Khariza, 2016). BPJS diselenggarakan sebagai asas kemanusiaan, manfaat serta keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia agar dapat mewujudkan seluruh kebutuhan dasar hidup yang layak bagi seluruh rakyat Indonesia yang sudah menjadi hak dasar manusia (Solechan, 2019). BPJS sudah banyak digunakan oleh masyarakat sebagai jaminan kesehatan di layanan kesehatan seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit.

Laporan Badan Pusat Statistik (BPS) mengatakan 68 dari 100 penduduk di Indonesia memiliki jaminan kesehatan persentasenya mencapai 68,36% pada tahun 2021. Mayoritas penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan berupa BPJS Kesehatan PBI (Penerima Bantuan Iuran) sebanyak 38,46% . Penduduk yang memiliki jaminan kesehatan non-PBI sebanyak 22,03%. Penduduk yang memiliki jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) sebanyak 8,45%. Jaminan kesehatan yang berasal dari perusahaan sebanyak 2,93%. Dan sebanyak 0,76% penduduk Indonesia menggunakan asuransi swasta sebagai jaminan kesehatan (Annur, 2021). Asuransi swasta juga menjadi salah satu pilihan untuk masyarakat

sebagai penjamin kesehatannya pada saat melakukan pengobatan di klinik atau rumah sakit.

Asuransi swasta sudah ada sejak tahun 1970, pada saat awal munculnya asuransi swasta tidak mengalami pertumbuhan dikarenakan landasan hukumnya belum jelas (Thabrany, 2014). Asuransi swasta dikelola oleh perusahaan multinasional yang saat ini sudah banyak di Indonesia. Terdapat berbagai macam produk asuransi, salah satunya adalah asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan merupakan sebuah jenis produk asuransi yang khusus dibuat untuk menjamin biaya kesehatan atau perawatan peserta asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Secara garis besar terdapat dua jenis perawatan yang ditawarkan oleh perusahaan-perusahaan asuransi yaitu rawat inap (*in-patient treatment*) dan rawat jalan (*out-patient treatment*) (Irawati & Hanurawaty, 2014). Perusahaan asuransi mewajibkan kepada peserta untuk membayarkan premi sesuai dengan besaran manfaat yang diambil oleh peserta. Peserta yang sudah memiliki jaminan asuransi kesehatan memiliki dua cara pemakaian yang dapat dilakukan yaitu dengan cara *cashless* atau *reimbursement*. Peserta yang melakukan *cashless* hanya bisa digunakan di Rumah Sakit rekanan, sedangkan peserta yang *reimbursement* bisa menggunakannya di Rumah Sakit manapun. Dengan catatan pada saat ingin mengajukan *reimbursement* peserta harus melampirkan dokumen klaim sebagai persyaratan yang telah ditetapkan oleh asuransi. Dengan dokumen klaim tersebut biaya yang telah dikeluarkan oleh peserta dapat digantikan oleh asuransi.

Dokumen klaim adalah seluruh data yang lengkap dan informasi mengenai identitas pasien, surat perintah, SEP, dan *resume* medis yang mencantumkan diagnosa pasien dan prosedur pelayanan kesehatan yang telah dilakukan serta sudah tanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien (Maimun & Rifqi, 2020). Dokumen klaim harus lengkap pada saat diajukan ke asuransi jika ada dokumen yang kurang maka klaim *reimbursement* akan tertunda.

Klaim tertunda apabila telah ditemukan dokumen sebagai persyaratan pengajuan klaim yang tidak lengkap sehingga kemungkinan besar akan terjadi pengembalian dokumen klaim yang dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim (Nuraini et al., 2019). Menurut hasil penelitian (Leonard, 2016) dokumen klaim yang tertunda disebabkan karena ketidaklengkapan dokumen rekam medis dan ketidaktepatan penulisan kode diagnosis maupun kode tindakan yang telah dilakukan. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Yatmi Wahyuni dan Suharyo tahun 2019 pengembalian dokumen klaim BPJS Kesehatan pada bulan Januari terdapat 15,87%, bulan Februari 25,74% dan bulan Maret 18,54% dokumen klaim yang dikembalikan ke rumah sakit disebabkan karena kesalahan pengkodean dan kelengkapan berkas klaim

(Wahyuni & Suharyo, 2020). Dampaknya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan ke rumah sakit menjadi terlambat karena adanya klaim yang tertunda. Klaim tertunda juga bisa terjadi karena kurangnya pengetahuan terhadap klaim yang diajukan.

Pengetahuan merupakan hasil dari pengindraan seseorang atau hasil tahu seseorang terhadap objek pengindraan yang dimiliki orang tersebut (telinga, mata, hidung dan lain sebagainya) (Notoatmodjo, 2013). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Erlindai mayoritas petugas memiliki pengetahuan kurang terhadap klaim BPJS sebesar 60% dan minoritas petugas memiliki pengetahuan baik sebanyak 40%. Dampaknya jika pengetahuan petugas kurang atau cukup maka pengklaiman akan tidak tepat waktu (Purba, 2020). Pengetahuan tentang cara pengajuan klaim yang dapat diproses yaitu harus memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan oleh asuransi dan dokumen pengajuannya sudah dilengkapi peserta. Dokumen yang dimaksud adalah formulir pengajuan klaim dari asuransi yang dilengkapi dengan data-data peserta, *resume* medis dari dokter yang memeriksa, ada rincian detail seperti kuitansi, *copy* resep dari dokter yang memeriksa dan ada kadaluwarsa klaimnya. Pengajuan tersebut bisa tertunda bahkan tertolak dikarenakan dokumen yang tidak lengkap, klaim yang melewati batas waktu dan tidak ada rincian detail klaim yang dilampirkan serta pengajuan klaim yang tidak memenuhi persyaratan (Tajudin, 2017).

Berdasarkan hasil observasi awal di PT. Multiniaga Intermedia Proteksi dari data yang diperoleh pada bulan Juni 2022 terdapat 248 dokumen klaim yang diajukan oleh peserta diantaranya ada 53 dokumen klaim yang tertunda. Hal ini peneliti dapatkan berdasarkan *feedback* dari asuransi dimana diantaranya adalah 53 dokumen tertunda dikarenakan adanya persyaratan yang tidak dilengkapi oleh peserta yang mengajukan klaim *reimbursement*. Penyebab klaim menjadi tertunda karena peserta tidak melampirkan kuitansi asli, rincian biaya, diagnosa yang diisi oleh DPJP pada formulir *reimbursement*, dan hasil pemeriksaan penunjang yang dirujuk oleh dokter. Dampak dari klaim yang tertunda dapat mempengaruhi kegiatan pelayanan asuransi menjadi terhambat dan beban kerja petugas menjadi bertambah karena harus merevisi klaim tertunda yang dikirimkan (Triatmaja et al., 2022). Dari hasil observasi yang telah disampaikan di atas dampak dari adanya klaim tertunda dikarenakan kurangnya pengetahuan peserta terhadap persyaratan pengajuan klaim.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk menganalisa lebih jauh dengan mengangkat judul **“Pengaruh Pengetahuan Peserta Asuransi Terhadap Kejadian Klaim Tertunda Di Perusahaan Yang Dikelola Oleh PT. Multiniaga Intermedia Proteksi”**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah tersebut, maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah Apa Pengaruh Pengetahuan Peserta Asuransi Terhadap Kejadian Klaim Tertunda di Perusahaan yang Dikelola oleh PT. Multiniaga Intermedia Proteksi?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh pengetahuan peserta asuransi terhadap kejadian klaim tertunda di perusahaan yang dikelola oleh PT. Multiniaga Intermedia Proteksi

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil dari pengerjaan pengajuan klaim di PT. Multiniaga Intermedia Proteksi
2. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan peserta terhadap pengajuan klaim di PT. Multiniaga Intermedia Proteksi
3. Menganalisis pengaruh pengetahuan terhadap terjadinya klaim tertunda di PT. Multiniaga Intermedia Proteksi

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Bisa digunakan untuk tambahan referensi keperpustakaan dan latar belakang untuk penelitian serupa di masa depan.

1.4.2 Bagi Kepentingan Program Pemerintah

Diharapkan menjadi bahan pertimbangan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan asuransi dibawah naungan pemerintah

1.4.3 Bagi PT. Multiniaga Intermedia Proteksi

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan perbaikan PT. Multiniaga Intermedia Proteksi

1.5 Ruang Lingkup

Ruang lingkup dari penelitian ini adalah “Pengaruh Pengetahuan Peserta Asuransi Terhadap Kejadian Klaim Tertunda Di Perusahaan Yang Dikelola Oleh PT. Multiniaga Intermedia Proteksi”. Penelitian ini dilaku di PT. Multiniaga Intermedia Proteksi yang berlokasi di Golden Plaza Blok G10, Jl. RS. Fatmawati Raya No. 15, RT.8/RW.6, Gandaria Selatan, Cilandak, Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Populasi dalam penelitian ini adalah peserta yang melakukan klaim ke asuransi. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2022 – Juni 2023. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pengetahuan peserta asuransi terhadap kejadian klaim yang tertunda. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif.