

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, menyebutkan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dibentuk sebagai badan hukum yang bertugas mengelola penyelenggaraan jaminan sosial. Program ini dirancang sebagai bentuk perlindungan sosial yang bertujuan menjamin seluruh penduduk yang ada di Indonesia memperoleh akses terhadap kebutuhan dasar hidup yang layak, baik bagi peserta maupun keluarganya.

Lembaga ini bertujuan untuk memastikan setiap penduduk Indonesia memperoleh akses layanan kesehatan yang merata dan terjangkau melalui sistem asuransi sosial (Kemenkes, 2019).

2.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam BPJS Kesehatan

Jaminan kesehatan adalah bentuk perlindungan di bidang kesehatan yang diberikan kepada setiap individu guna menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar kesehatannya. Manfaat ini dapat diperoleh oleh peserta yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan secara mandiri maupun yang iurannya ditanggung oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah (Perpres RI No. 59, 2024).

2.3 Tinjauan Klaim

2.3.1 Definisi Klaim

Klaim BPJS Kesehatan adalah proses pengajuan permohonan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada peserta JKN. Klaim ini diajukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang 4

bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai bentuk penagihan atas layanan yang telah diberikan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 proses klaim ini mencakup verifikasi administrasi, validasi layanan medis, serta persetujuan pembayaran oleh BPJS Kesehatan. Jika terdapat kesalahan data atau dokumen yang tidak lengkap, klaim dapat mengalami penundaan atau bahkan ditolak, yang dapat mempengaruhi arus kas rumah sakit.

2.3.2 Prosedur pengajuan Klaim BPJS Kesehatan

Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya mengajukan klaim atas biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta JKN. Proses ini dilakukan secara kolektif setiap bulan dan melalui beberapa tahapan, yaitu verifikasi administrasi, validasi layanan medis, serta persetujuan pembayaran oleh BPJS Kesehatan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014. Jika terdapat ketidaksesuaian data atau dokumen yang tidak lengkap, klaim dapat mengalami penundaan atau bahkan ditolak, yang dapat berdampak pada operasional keuangan rumah sakit (BPJS, 2021).

Secara umum, tahapan klaim rawat inap meliputi:

1. Langkah awal adalah memeriksa kelengkapan dan validitas data pasien, termasuk kepemilikan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) sebagai syarat administratif dasar.

2. Rumah sakit wajib menyiapkan berbagai dokumen medis dan administratif yang mendukung, seperti resume medis pasien, hasil laboratorium, dan dokumen tagihan yang diperlukan.
3. Petugas koder akan melakukan pencatatan kode diagnosis dan tindakan berdasarkan rekam medis pasien. Pengkodean ini bertujuan untuk menentukan tarif klaim berdasarkan sistem INA-CBG's.
4. Seluruh data klaim yang telah lengkap dan dikodekan diajukan secara daring melalui aplikasi *v-claim* BPJS. Proses ini biasanya dilakukan secara kolektif setiap bulan.
5. Setelah klaim dikirim, BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi untuk memastikan bahwa semua data dan dokumen sesuai dengan ketentuan. Jika disetujui, klaim akan dibayarkan sesuai dengan ketentuan tarif yang berlaku.

2.3.3 Verifikasi Klaim

Verifikasi klaim didefinisikan sebagai proses pemeriksaan terhadap kebenaran dan kelengkapan tagihan biaya pelayanan kesehatan yang diajukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Proses verifikasi ini dilaksanakan secara berkala setiap bulan oleh petugas verifikator dari pihak pertama, dengan menggunakan aplikasi yang telah ditetapkan oleh instansi terkait (Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 28 tahun 2014).

Adapun dokumen yang wajib disertakan dalam proses verifikasi klaim rawat inap mencakup:

1. Surat perintah rawat inap,
2. Surat Eligibilitas Peserta (SEP),

3. Resume medis yang memuat diagnosis dan prosedur yang telah disahkan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
 - a. Dalam kondisi tertentu, apabila terdapat komponen klaim yang berada di luar skema INA-CBG's, maka diperlukan dokumen pendukung tambahan seperti: protokol terapi dan jadwal pemberian obat khusus (misalnya untuk terapi onkologi),
 - b. Resep alat bantu kesehatan seperti korset, *collar neck*, dan alat bantu gerak lainnya, serta
 - c. Bukti serah terima alat bantu kesehatan.

Apabila dalam proses verifikasi ditemukan ketidaksesuaian atau kekurangan pada dokumen klaim, BPJS Kesehatan berwenang untuk mengembalikan berkas klaim rawat inap maupun rawat jalan kepada pihak rumah sakit. Pengembalian tersebut dilakukan atas dasar ketidakterpenuhan kriteria verifikasi sebagaimana telah ditetapkan dalam petunjuk teknis. Sebagai upaya peningkatan keamanan dan validasi data peserta, fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) saat ini telah menerapkan sistem autentikasi berbasis biometrik berupa sidik jari (*fingerprint*). Implementasi teknologi ini merupakan bentuk pelaksanaan amanat c yang bertujuan untuk mempermudah yang bertujuan untuk mempermudah proses registrasi layanan kesehatan dan mencegah terjadinya penyalahgunaan identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

2.4 Pending Klaim

2.4.1 Definisi Pending Klaim

Klaim pending merupakan pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) akibat belum tercapainya kesepakatan antara kedua belah pihak terkait kaidah pengkodean atau aspek medis tertentu (*dispute claim*). Penyelesaian atas klaim pending ini dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sebagaimana diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

2.4.2 Pending Klaim BPJS Kesehatan

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pengajuan klaim oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan merupakan proses yang krusial untuk memastikan kelangsungan pelayanan kesehatan. Namun, tidak semua klaim yang diajukan dapat langsung disetujui. Salah satu kendala yang sering dihadapi adalah status pending klaim, yaitu kondisi di mana klaim ditunda pembayarannya karena terdapat ketidaksesuaian atau kekurangan dalam dokumen yang diajukan.

Menurut permenkes Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan klaim dapat dinyatakan pending apabila hasil verifikasi menunjukkan bahwa dokumen atau berkas klaim yang diunggah oleh rumah sakit tidak lengkap dan/atau dibutuhkan data dukung administratif lainnya.

Dampak dari pending klaim tidak hanya mempengaruhi arus kas rumah sakit, tetapi juga dapat menimbulkan beban kerja tambahan bagi petugas administrasi dalam proses verifikasi dan revisi klaim. Oleh karena itu, penting bagi fasilitas kesehatan untuk memastikan kelengkapan dan ketepatan dokumen klaim sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan.

2.5 Unsur 5M (*Man, Material, Machine, Methode, dan Money*)

Menurut Faida and Muhadi (2020) unsur - unsur manajemen tersebut biasanya dikenal istilah “6M didalam manajemen”. berikut uraian singkat mengenai enam unsur di unit rekam medis yaitu :

1. *Man*

Tenaga kerja ini meliputi baik tenaga kerja eksekutif maupun operatif. Titik pusat dari manajemen adalah manusia, sebab manusia membuat tujuan dan dia pulalah yang melakukan proses kegiatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkannya itu.

“Faktor *man* mengacu pada kualitas dan kinerja sumber daya manusia dalam suatu organisasi. Dalam konteks keterlambatan proses klaim BPJS, hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya ketelitian petugas verifikasi awal dalam memeriksa kelengkapan persyaratan pasien, ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan pengisian resume medis oleh dokter, serta keterlibatan petugas koding dalam pekerjaan lain yang mengganggu fokus tugas utamanya” (Noviatri, 2016).

2. *Material*

Bahan atau perlengkapan yang diperlukan untuk mencapai tujuan. manusia tanpa material tidak akan mencapai tujuan yang dikehendakinya.

“Faktor *material* menjadi salah satu penyebab terjadinya pending klaim, yang berkaitan dengan ketidaklengkapan dokumen klaim. Penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat pengajuan klaim ke kantor BPJS yang belum disertai dengan dokumen yang lengkap, sehingga mengakibatkan klaim tersebut tertunda prosesnya” (Sahir dan Wijayanti, 2022)

3. *Machine*

Peranan mesin - mesin sebagai alat pembantu kerja sangat diperlukan. mesin dapat meringankan dan memudahkan dalam melaksanakan pekerjaan.

“Sistem teknologi informasi yang digunakan untuk memproses klaim berperan krusial. Sistem yang lambat, sering *error*, atau tidak *user-friendly* dapat memperlambat penyelesaian klaim.” (Noviatri, 2016)

4. *Methode*

Cara untuk melaksanakan pekerjaan dalam mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya sangat menentukan hasil kerja seseorang.

“SOP (*Standard Operating Procedures*) dalam pengelolaan klaim juga mempengaruhi tingkat pending. Metode yang kompleks, tidak efisien, atau sering berubah tanpa sosialisasi yang baik dapat menyebabkan keterlambatan” (Mukaromah and Wahab, 2024)

5. Money

Uang merupakan unsur yang penting untuk mencapai tujuan disamping faktor manusia yang menjadi unsur paling penting dan faktor - faktor lainnya.

“Adanya anggaran dalam pengadaan proses klaim , karena petugas biasanya mengajukan anggaran untuk alat dan bahan yang digunakan dalam proses klaim, dana sangat di perlukan untuk menjamin terlaksanannya proses klaim dalam hal pelayanan. Dana yang cukup dapat menunjang kegiatan diunit *casemix*. Peralatan bahan yang menunjang pengoperasian sangat diperlukan.” (Dewi Juliana *et al.*, 2024)

2.6 Penelitian Relevan

Tabel 2.1 Tabel Review Penelitian Relevan

No	Penulis	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Lenty Wahyu Noviatry, Sugeng (2016)	Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho	Deskriptif kualitatif dengan studi kasus, wawancara, dan observasi	Faktor penyebab keterlambatan klaim meliputi ketidaklengkapan berkas, masalah komunikasi, dan sistem yang tidak terintegrasi. Perbaikan disarankan melalui peningkatan ketelitian verifikasi, pengembangan sistem <i>bridging</i> , dan penambahan tenaga kerja
2.	Syifa Mukaromah , Syaikhul Wahab (2024)	Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Rawat Jalan Guna Menunjang Kelancaran Pembayaran	deskriptif kualitatif dengan teknik pengumpulan data melalui	Beberapa faktor yang memicu pending klaim antara lain adanya dugaan kunjungan ganda atau klaim ganda, hasil

No	Penulis	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
		Pelayanan Kesehatan Di Rsud Kota Bandung	wawancara serta observasi.	pemeriksaan penunjang yang belum lengkap, kesalahan dalam proses pengkodean, file PDF yang tidak dapat diakses, serta ketidaksesuaian biaya grouping dengan yang diajukan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pending klaim rawat jalan dipengaruhi oleh kunjungan pasien yang berulang, kelengkapan dokumen penunjang yang belum terpenuhi, kesalahan dalam pemberian kode, dokumen digital yang hilang, serta ketidaksesuaian biaya yang diajukan dalam proses grouping.
3.	Ariqurna Bayu Triatmaja, Rossalina Adi Wijayanti, Novita Nuraini (2022)	Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Haji Surabaya	deskriptif kualitatif menggunakan unsur manajemen 5M	Klaim pending disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain petugas yang kesulitan membaca tulisan dokter dan perbedaan persepsi antara koder dan verifikator, serta berkas klaim yang tidak lengkap. Selain itu, belum adanya SOP pengisian diagnosis dan gangguan pada komputer serta jaringan turut memperburuk proses

No	Penulis	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
				klaim. Faktor <i>finansial</i> tidak berpengaruh karena petugas <i>casemix</i> tidak mengetahui besarnya kerugian akibat klaim pending.
4.	Alex Sander, Laela Indawati, Lily Widjaja, Nanda Aula Rumana (2022)	Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021	deskriptif kuantitatif pengumpulan menggunakan observasi	hasil mengenai faktor penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap didapatkan 2 (dua) jenis pengembalian klaim. Gagal terpurifikasi 54 (23,8%) dan pending 173 (76,2%) berkas klaim. Alasan pengembalian klaim terbanyak adalah diagnosis tidak diperkuat dengan tatalaksana dan hasil penunjang.
5.	Listiyawati, Rossalina Adi Wijayanti (2022)	Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN dengan Fishbone Diagram di RSUP Dr Kariadi	deskriptif kualitatif Pengumpulan data menggunakan observasi, wawancara, dokumentasi, brainstorming.	faktor <i>man</i> terkait ketidakteitian petugas menyebabkan ketidakakuratan koding, kesalahan input data klaim, ketidaklengkapan informasi pendukung diagnosis dan tindakan pada resume medis. Faktor <i>machine</i> berasal dari gangguan sistem aplikasi Jasa Raharja, serta faktor <i>method</i> karena perbedaan persepsi koder dan verifikator

No	Penulis	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
				BPJS Kesehatan terhadap kaidah koding dan regulasi klaim, Akar penyebab masalah berupa kurangnya waktu penyelesaian klaim, gangguan sistem Jasa Raharja, kurangnya filter dalam memenuhi kelengkapan syarat berkas klaim.