

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Undang – Undang No.24 tahun 2011 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program kesehatan untuk masyarakat dalam pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis. BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang *pending* harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) No.7 Tahun 2018 klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain – lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit.

Hasil penelitian Errisya *et al.*, (2024) menyatakan bahwa *pending* klaim berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi kualitas pelayanan rumah sakit serta aliran dana kas RS juga terganggu. Penelitian Syahputri *et al.*, (2024) menyebutkan bahwa *pending* dapat berdampak pada keterlambatan pembayaran dari BPJS kepada rumah sakit atau dapat dikatakan

bahwa defisit anggaran, yang pada akhirnya mempengaruhi kinerja sumber daya manusia (SDM) rumah sakit serta kualitas layanan yang diberikan.

Berdasarkan hasil survey pendahuluan di Rumah Sakit Muhammadiyah Selogiri pada triwulan III tahun 2024, pada pengajuan klaim JKN pasien rawat jalan mengalami *pending*, dengan hasil persentase tertinggi pada bulan Juli sebanyak 1367 (24,84%) dari total pengajuan 5507 berkas klaim, dan terendah pada bulan September sebanyak 736 (15,04%) dari total pengajuan 4893 berkas klaim. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Analisis Penyebab *Pending* Klaim JKN Pasien Rawat Jalan RS Muhammadiyah Selogiri Wonogiri”.

B. Perumusan Masalah

Apa penyebab *pending* klaim JKN pasien rawat jalan di rumah sakit Muhammadiyah Selogiri Wonogiri ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor – faktor yang menyebabkan *pending* klaim JKN pasien rawat jalan di rumah sakit Muhammadiyah Selogiri Wonogiri

2. Tujuan Khusus

a. Mengetahui syarat pengajuan klaim JKN pasien rawat jalan di RS Muhammadiyah Selogiri Wonogiri

- b. Mengetahui persentase *pending* klaim JKN pasien rawat jalan di Rumah Sakit Muhammadiyah Selogiri ditinjau dari:
 - 1) Aspek administrasi
 - 2) Aspek medis
 - 3) Aspek koding
- c. Mengetahui dampak *pending* klaim JKN pasien rawat jalan di RS Muhammadiyah Selogiri Wonogiri

D. Manfaat

1. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan evaluasi rumah sakit untuk meningkatkan efektivitas dalam pengelolaan klaim JKN.

2. Manfaat Bagi Akademik

Sebagai masukan dalam pengembangan kualitas pendidikan dan sebagai referensi ilmiah dibidang tertentu.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Untuk menambah ilmu pengetahuan yang lebih luas, pemahaman yang lebih mendalam, dan peningkatan kompetensi diri dalam ilmu statistik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori yang Relevan

1. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut Kemenkes RI No.6 Tahun 2022 Bab 1 Pasal 1 Ayat 1 Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

a. Kepesertaan JKN

Peserta adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas 2 kelompok yaitu :

- 1) Peserta penerima bantuan iuran (PBI) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
- 2) Peserta bukan penerima bantuan iuran (PBI), meliputi :
 - a) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - (1) Pegawai Negeri Sipil
 - (2) Anggota TNI
 - (3) Anggota Polri
 - (4) Pejabat Negara

(5) Pegawai pemerintah non pegawai negeri

(6) Pegawai swasta pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah

b) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu:

(1) Pekerja diluar hubungan

b. Prosedur Pendaftaran Peserta

Menurut Permenkes RI No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional:

1) Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan:

a) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan didaftarkan oleh pemerintah sebagai peserta BPJS. Penduduk yang belum termasuk sebagai peserta jaminan kesehatan dapat diikutsertakan dalam program jaminan kesehatan pada BPJS oleh pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten/kota.

b) Bayi baru lahir dari peserta PBI dicatat dan dilaporkan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan, mekanisme penetapan selanjutnya akan diatur oleh Kementerian sosial.

2) Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI):

a) Pemberi kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja yang bersangkutan dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan.

b) Pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan. Proses pendaftaran dapat dilakukan secara bertahap baik perorangan atau seluruh anggota keluarga.

c. Hak dan Kewajiban Peserta

Setiap peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak:

- 1) Mendapatkan nomor identitas peserta
- 2) Memperoleh manfaat pelayanan kesehatan
- 3) Mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan terkait pelayanan kesehatan dalam JKN
- 4) Memilih fasilitas tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS sesuai yang diinginkan

Berdasarkan Permenkes RI No.28 Tahun 2014, setiap peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) wajib untuk:

- 1) Mendaftarkan diri dan membayar iuran
- 2) Menaati prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan
- 3) Melaporkan perubahan data kepesertaan kepada BPJS dengan menunjukkan identitas peserta

d. Masa Berlaku Kepesertaan

- 1) Kepesertaan JKN berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta
- 2) Status kepesertaan akan hilang bila tidak membayar iuran atau meninggal dunia

- 3) Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut diatas, akan diatur oleh peraturan BPJS
- 4) Keanggotaan kepesertaan aktif adalah peserta yang setiap bulannya membayar iuran BPJS
- 5) Keanggotaan kepesertaan tidak aktif adalah peserta yang tidak membayar iuran BPJS dan melebihi waktu yang ditentukan yaitu 6 bulan.

2. *Verifikator*

Menurut Permenkes RI No. 28 Tahun 2014, *Verifikator* adalah petugas yang melaksanakan penilaian klaim yang diajukan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dengan mengacu pada standar penilaian dan proses klaim sesuai dengan hak dan tanggungjawabnya, tugasnya yaitu melaksanakan verifikasi kepesertaan, pelayanan dan pembiayaan.

3. Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim

a. Verifikasi administrasi klaim

- 1) Berkas klaim yang akan diverifikasi meliputi:
 - (a) Surat perintah rawat inap
 - (b) SEP
 - (c) *Resume* medis yang ditandatangani oleh DPJP
 - (d) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani DPJP
 - (e) Laporan operasi

(f) Pada kasus tertentu bila pembayaran klaim diluar INA CBG's diperlukan bukti pendukung: protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) khusus, resep alat kesehatan.

2) Tahap verifikasi administrasi klaim

(a) Verifikasi administrasi kepesertaan

Adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara SEP dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBG's dan berkas pendukung lainnya.

(b) Verifikasi administrasi pelayanan

(1) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan

(2) Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi

(3) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan direktur rumah sakit secara tertulis, maka dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

4. Pengertian Klaim

Menurut Peraturan BPJS Nomor 3 tahun 2017 klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

a. Ketentuan klaim

- 1) Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan.
- 2) Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan dilakukan verifikasi terlebih dahulu oleh verifikator BPJS Kesehatan.
- 3) BPJS kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di kantor cabang/kabupaten/kota BPJS Kesehatan.

5. Pengertian *Pending* Klaim

Berdasarkan Permenkes No 26 Tahun 2021 *pending* klaim adalah pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan yang telah diajukan oleh pihak rumah sakit dikarenakan terdapat persyaratan yang belum lengkap atau tidak sesuai sehingga perlu direvisi kembali oleh petugas *casemix*. Sesuai petunjuk Teknik Verifikasi Klaim persyaratan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan akan melewati proses verifikasi dan perlu kesesuaian dengan tiga aspek verifikasi. Aspek verifikasi tersebut antara lain aspek verifikasi administrasi kepesertaan, aspek verifikasi administrasi pelayanan dan aspek verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim pasien yang tidak sesuai dengan ketiga aspek verifikasi maka pihak BPJS akan mengembalikan berkas klaim tersebut atau mengalami *pending klaim*. Penyebab *pending klaim* dikarenakan beberapa aspek saat proses verifikasi.

a. Faktor Penyebab *Pending* Klaim dari beberapa aspek, yaitu :

1) Aspek Administrasi

Aspek administrasi adalah isi rekam medis yang menyangkut tindakan berdasar atas wewenang dan tanggungjawab sebagai tenaga kesehatan profesional pemberi asuhan (PPA) dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Aspek administrasi ini mencakup kelengkapan berkas – berkas pasien yang akan dikirim ke pihak BPJS Kesehatan. Berkas yang tidak lengkap atau tidak terlampir dalam pemenuhan syarat pengajuan klaim belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Faktor administrasi klaim pending disebabkan oleh ketidaklengkapan administrasi seperti nomor SEP tidak sesuai, tidak adanya tagihan, surat perintah rawat inap, dan penunjang yang tidak lengkap (Saputri *et al.*, 2022).

2) Aspek Medis

Aspek medis adalah catatan/rekaman pasien tersebut dipergunakan sebagai dasar perencanaan pengobatan/asuhan yang diberikan kepada seorang pasien (Saputri *et al.*, 2022). Menurut Kementerian Kesehatan No. 6 Tahun 2022 tentang, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien dengan tujuan untuk memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis. Kelengkapan rekam medis sangat penting mengingat rekam medis memiliki

banyak kegunaan antara lain karena didalamnya terdapat informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis. Ketidaklengkapan rekam medis tidak langsung dapat mengurangi biaya klaim yang berdasarkan *software INA-CBG's* (Karma & Made, 2019).

3) Aspek Koding

Pengkodean merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan. Penentuan kode klasifikasi klinis yang berlaku menggunakan ICD-10 CM untuk kode penyakit dan ICD-9-CM untuk kode tindakan. Berkas klaim pending disebabkan oleh berkas rekam medis yang tidak tepat dalam penulisan kode diagnosis dan kode tindakan. Ketidaktepatan penulisan kode diagnosis dan tindakan disebabkan adanya perbedaan persepsi antara koder dari rumah sakit dengan petugas verifikator BPJS Kesehatan. Pengkodean yang tidak tepat mempengaruhi penentuan tarif biaya klaim *INA-CBG's* dan mengakibatkan tarif *INA-CBGs* tidak sesuai (Pratama *et al.*, 2023).

B. Penelitian yang Relevan

1. Penelitian yang dilakukan oleh Farhansyah, F., Cahyani, H., & Amanda, F., (2024). Dengan judul “Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit X”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah pending klaim pasien rawat jalan BPJS pada

triwulan I tahun 2024 di Rumah Sakit X sebanyak 94 berkas atau dalam presentase sebesar 44,92% yakni bulan Januari sebanyak 34 berkas atau dalam presentase sebesar 5,19%, Februari sebanyak 17 berkas atau dalam presentase sebesar 2,55%, dan Maret sebanyak 43 berkas atau dalam presentase sebesar 5,58%. Berkas pending klaim pasien rawat jalan BPJS Kesehatan akibat ketidaklengkapan berkas, pada bulan Januari dan Februari memiliki presentase yang sama dan termasuk persentase tertinggi yaitu 17,65%. Klaim pending akibat ketidaktepatan coding presentase tertinggi sebesar 23,53% dan klaim pending akibat gabungan episode perawatan presentase tinggi terdapat pada bulan Januari sebesar 29,41%. Faktor pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan pada triwulan I tahun 2024 di Rumah Sakit X yaitu ketidaklengkapan dokumen seperti SBPK dan dokumen hasil penunjang, ketidaktepatan coding diagnosa dan tindakan medis akibat dari ketidaksepahaman koder dengan verifikator BPJS Kesehatan dan penggabungan episode perawatan. Keterlambatan pembayaran klaim BPJS kesehatan akan berdampak pada tertundanya pembayaran klaim BPJS kesehatan kasus rawat jalan dan klaim yang pending akan menambah beban kerja petugas JKN karena petugas JKN juga mengerjakan klaim baru dan klaim yang pending.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Bella, C, R., Pratama, A & Abidin, A, Z., (2024). Dengan judul “Gambaran Penyebab Pending Claim BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS)”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa

proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan dalam pelayanan rawat inap di Rumah Sakit UNS sudah berjalan dengan baik dan sesuai alur yang berlaku. Hal tersebut ditandai dengan adanya penurunan angka kasus pending klaim sebesar 26,5% pada periode bulan Agustus-Oktober 2023. Faktor penyebab pending claim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit UNS terjadi karena perbedaan persepsi antara petugas rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan dan bukan murni karena kesalahan koder, tetapi karena faktor kekurangan data pendukung sebagai penegak diagnosis yang mempengaruhi keakuratan kode.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Mandia, S., (2023) dengan judul “Analisis Kasus Penyebab Pending Klaim BPJS di Klinik Utama Ringan-Ringan Medical Centre (RMC) Pakandangan, Padang Pariaman”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan regulasi klaim BPJS dan regulasi kodefikasi ICD-10 CM dapat ditarik Kesimpulan bahwa kasus pending klaim paling banyak terjadi pada bulan September. Penyebab terjadinya pending klaim paling banyak karena disebabkan kekliruan pengodean sejumlah 13 kasus. Hal ini terjadi karena kesalahan pada regulasi kode gabungan dan penegakkan diagnosis berdasar laporan pemeriksaan.
4. Penelitian yang dilakukan oleh Pranayuda, B., Haryanti, I., Utomo, Y& Madiistriyatno, H., (2023) dengan judul “Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Kesehatan Dalam Pengajuan Klaim Di Rumah Sakit Umum Persahabatan”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa berkas pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit

Umum Persahabatan dengan empat (4) status klaim yaitu terdapat kasus klaim layak, status klaim tidak sesuai atau pending. Status paska klaim dan status klaim dispute. Penyebab terjadinya pending klaim di Rumah Sakit Umum Persahabatan dikarenakan 4 faktor yaitu: berkas tidak lengkap, kurang tepatnya coding, kurangnya pemeriksaan penunjang dan kurangnya pemahaman terhadap berita acara kesepakatan terkait coding.

5. Penelitian yang dilakukan oleh Oktamianiza., Rahmadhani., Yulia, Y., dkk., (2024) dengan judul “Penyebab Pending Klaim Berdasarkan Aspek Diagnosis dan Ketepatan Kode Diagnosis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab terjadinya pending klaim, diantaranya dikarenakan ketidaktepatan penetapan diagnosis utama sebesar 54,3%, ketidaktepatan penulisan diagnosis sebesar 88,6% dan ketidaktepatan kode diagnosis sebesar 82,9%.