

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Pustaka**

##### **2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

###### **2.1.1.1 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 terkait Sistem Jaminan Sosial Nasional telah mengamanatkan lima jaminan sosial yang salah satunya merupakan jaminan kesehatan atau yang biasa dikenal dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan sosial yang memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh rakyat. Jaminan Kesehatan Nasional telah dimulai sejak 1 Januari 2014 yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan (PMK No.28, 2014). Menurut (Undang-Undang, 2004) pasal 22 ayat 1 menyatakan bahwa manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.

Berdasarkan (Peraturan Presiden RI, 2018) bahwa setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan. Bagi penduduk yang telah mendaftar dalam program JKN maka telah tergabung aktif sebagai peserta JKN. Peserta jaminan kesehatan merupakan setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Undang-Undang, 2004). Peserta program JKN terdiri dari 2 kelompok yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) (Permenkes, 2014). Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran yang dimaksud adalah terdiri atas PPU dan anggota keluarga, PBPU dan anggota keluarganya serta BP dan anggota keluarganya (Peraturan Presiden RI, 2018)

###### **2.1.1.2 Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Menurut (Kasi *et al.*, 2018) jaminan kesehatan bertujuan untuk menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Sedangkan menurut (Permenkes, 2014)

Tujuan dibentuknya Jaminan Kesehatan Nasional adalah untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah .

### **2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan**

Selaras dengan terbentuknya JKN maka pemerintah membentuk badan hukum publik yang disebut BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Menurut (Undang-Undang, 2011) badan yang berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan adalah BPJS Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Permenkes, 2014). Sedangkan menurut (Rahma Ardi Saputri, Nur Indira and Fauzi, no date) BPJS Kesehatan merupakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dibentuk pemerintah untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat.

Menurut (Undang-Undang, 2011) Berikut adalah tugas dan wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial :

#### **A. Tugas**

Berdasarkan pasal 10 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, berikut adalah tugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial :

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

#### **B. Wewenang**

Berdasarkan pasal 11 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, berikut adalah wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial :

1. Menagih pembayaran iuran
2. Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai
3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
4. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah
5. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
6. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
7. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
8. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial

### **2.1.3 Rumah Sakit**

Rumah sakit adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan dan memelihara, serta meningkatkan derajat kesehatan (Putri Kurnia Alif and Sonia Dina, 2021). Apabila ditinjau berdasarkan (KMK No.1204/Menkes/SK/X/200) Rumah sakit adalah sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan. Berdasarkan (Permenkes, 2020) Pengertian Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah Sakit memiliki tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam menjalankan tugasnya berdasarkan (Permenkes, 2018) berikut adalah kewajiban dari rumah sakit :

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah sakit kepada masyarakat
- b. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah sakit
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin
- f. Melaksanakan fungsi sosial
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
- h. Menyelenggarakan rekam medis
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak meliputi saran ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia
- j. Melaksanakan sistem rujukan
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
- m. Menghormati dan melindungi hak pasien
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional

- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*)
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melakukan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Berdasarkan (Permenkes, 2020) jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dikategorikan menjadi dua yaitu :

#### A. Rumah Sakit Umum

Dalam pasal 7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2020 rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang terdiri atas pelayanan medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang medik dan pelayanan penunjang non medik. Klasifikasi rumah sakit umum berdasarkan (Permenkes, 2020) adalah

##### 1) Rumah Sakit umum kelas A

Rumah sakit umum kelas A merupakan rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 penunjang medik spesialis, 12 spesialis lain selain spesialis dasar dan 13 subspecialis. Rumah sakit umum kelas A memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 buah.

##### 2) Rumah Sakit umum kelas B

Rumah sakit umum kelas B merupakan rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 4 penunjang medik spesialis, 8 spesialis lain selain spesialis dasar dan dua subspecialis dasar. Rumah sakit umum kelas B memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 buah.

##### 3) Rumah Sakit umum kelas C

Rumah sakit umum kelas C merupakan rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar

dan 4 penunjang medik spesialis. Rumah sakit umum kelas C memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah.

4) Rumah Sakit umum kelas D

Rumah sakit umum kelas D merupakan rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 spesialis dasar. Rumah sakit umum kelas D memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 buah.

B. Rumah Sakit Khusus

Dalam pasal 14 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2020 rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Klasifikasi rumah sakit khusus berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2020 yaitu :

1) Rumah Sakit Khusus Kelas A

Rumah sakit khusus kelas A merupakan rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya secara lengkap. Rumah sakit khusus kelas A memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah.

2) Rumah Sakit Khusus Kelas B

Rumah sakit khusus kelas B merupakan rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya yang terbatas. Rumah sakit khusus kelas B memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 buah.

3) Rumah Sakit Khusus Kelas C

Rumah sakit khusus kelas C merupakan rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya yang minimal. Rumah sakit khusus kelas C memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 buah.

#### **2.1.4 Pelayanan Rawat Inap**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Peraturan Presiden RI, 2021) Maka berdasarkan hal tersebut, salah satu pelayanan di rumah sakit adalah pelayanan rawat inap. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi dan atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit (KMK No.1165/ MENKES/SK/XI/2007) Menurut penelitian (Robot, Sengkey and Rindengan, 2018) rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksana kesehatan lain. Pengertian rawat inap menurut (Jetslin Simbolon and Selviani Damayanti Sipayung, 2022) merupakan unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan dan rehabilitasi medik.

Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas dan rumah bersalin yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap dan mengalami tingkat transformasi, yaitu pasien sejak masuk ruang perawatan hingga pasien dinyatakan boleh pulang (Jetslin Simbolon and Selviani Damayanti Sipayung, 2022). Dalam melakukan pelayanan rawat inap di rumah sakit, maka jumlah tempat tidur rawat inap telah diatur dalam Peraturan Pemerintah. Berdasarkan (Peraturan Presiden RI, 2021) pasal 18 , jumlah tempat tidur rawat kelas standar paling sedikit 60% dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik pemerintah pusat dan pemerintah daerah dan 40% dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik swasta.

Apabila terjadi pelayanan rawat inap dirumah sakit maka dibutuhkan gambaran statistik untuk memantau perawatan pasien pada periode harian, mingguan, dan bulanan. Berdasarkan hal tersebut maka dibutuhkan statistik rawat inap dengan menunjukkan indikator rawat inap. Menurut (Simanjuntak esraida and

S Angelia Clara, 2019) Indikator rawat inap bertujuan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, efisiensi pelayanan rawat inap dan efisiensi penggunaan tempat tidur di rumah sakit yang mana indikator tersebut terdiri atas BOR (*Bed Occupancy Rate*), ALOS (*Average Length Of Stay*), TOI (*Turn Over Interval*), NDR (*Net Death Rate*), dan GDR (*Gross Death Rate*). Pada buku (DEPKES RI, 2011) menyatakan bahwa nilai ideal indikator rawat inap antara lain :

- a. BOR dengan nilai ideal 60-85%
- b. ALOS dengan nilai ideal 6-9 Hari
- c. TOI dengan nilai ideal 1-3 Hari
- d. NDR dengan nilai ideal antara < 25 ‰
- e. GDR dengan nilai ideal antara < 45 ‰

## **2.1.5 Klaim BPJS Kesehatan**

### **2.1.5.1 Definisi Klaim**

Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial oleh pihak rumah sakit kepada pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, dilakukan secara kolektif dan tagihkan setiap bulannya (Suliantoro, 2022). Menurut (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2018) klaim manfaat pelayanan kesehatan jaminan kesehatan adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan. Pengertian lain klaim BPJS Kesehatan menurut penelitian (Amran R, 2023) yaitu Klaim BPJS Kesehatan adalah dana perawatan pasien BPJS yang diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS secara kolektif setiap bulannya dimana rumah sakit berkewajiban dalam menyerahkan dokumen-dokumen pendukung yaitu kwitansi pembayaran, formulir bukti pelayanan rawat jalan dan persyaratan, pemeriksaan penunjang, serta Surat *Eligibilitas* Peserta dan *Group* INA CBG'S.

Kelengkapan persyaratan berkas klaim merupakan bagian penting dalam proses pengklaiman, berkas yang tidak lengkap akan berdampak terhadap keuangan rumah sakit, keterlambatan pembayaran nantinya akan berdampak pada mutu pelayanan sehingga tingkat kepuasan bisa menurun (Sari and Rukmini, 2022). BPJS Kesehatan membayarkan klaim pembayaran manfaat fasilitas kesehatan yang

bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang meliputi pembayaran manfaat pelayanan di FKTP dan FKRTL (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2018). Namun sebelum BPJS melakukan pembayaran klaim kepada rumah sakit, masih banyak kendala pengajuan klaim yang tidak sesuai dengan prosedur dan tarif dalam Perjanjian Kerjasama.

#### **2.1.5.2 Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan**

BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di kantor cabang/ kantor kabupaten/ kota BPJS Kesehatan. Sebelum klaim dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan diharuskan mengajukan klaim. Menurut (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2018) pasal 30 menyatakan bahwa fasilitas kesehatan mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya. Apabila ditemukan terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim maka BPJS Kesehatan mengembalikan klaim ke fasilitas kesehatan untuk dilengkapi dengan melampirkan Berita Acara Pengembalian Klaim. Klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh fasilitas kesehatan pada pengajuan klaim bulan berikutnya.

Berdasarkan (BPJS Kesehatan, 2016) klaim diajukan kepada kantor cabang/ kantor operasional kabupaten/kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut :

##### **A. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan**

- 1) Rekapitulasi pelayanan
- 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari :
  - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
  - b) Resume medis/ laporan status pasien/ keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan
  - c) Bukti pelayanan lainnya, misal :
    - Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
    - Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing)
    - Berkas pendukung lain yang diperlukan

## B. Rawat Inap Tingkat Lanjutan

- 1) Rekapitulasi Pelayanan
- 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari :
  - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
  - b) Surat perintah rawat inap
  - c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
  - d) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal :
    - Laporan operasi
    - Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
    - Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing)
    - Berkas pendukung lain yang diperlukan

### **2.1.5.3 Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan**

Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan (Permenkes, 2014). Alur verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dalam buku Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim (BPJS Kesehatan, 2014) dibagi menjadi 4 tahap yaitu sebagai berikut :

#### 1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam INA CBGs

#### 2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Dalam verifikasi administrasi kepesertaan hal yang perlu diperhatikan adalah mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan, apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi, dan

kesesuaian antara tindakan operasi dan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan direktur rumah sakit secara tertulis.

### 3. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal yang perlu menjadi perhatian dalam verifikasi pelayanan kesehatan yaitu verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM, apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru, pelayanan IGD maupun pelayanan bedah sehari termasuk rawat jalan, episode rawat inap merupakan satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam atau kurang dari 6 jam namun telah mendapatkan fasilitas rawat inap maka secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap, pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan rawat jalan maupun gawat darurat termasuk satu episode rawat inap, pada kasus special CMGs memiliki bukti pendukung tersendiri, apabila bayi batu lahir sehat tidak memiliki kode diagnosis penyakit hanya perlu di kode tunggal atau multiple, untuk kasus pasien yang kontrol dengan diagnosis sama dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama, apabila ada dua kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode maka harus menggunakan kode tersebut dan beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu tetapi kode dipisah.

### 4. Verifikasi menggunakan Software INA CBGs

Verifikasi menggunakan software INA CBGs dilakukan berdasarkan tahap sebagai berikut :

- a) Purifikasi Data
- b) Melakukan proses verifikasi administrasi
- c) Verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi, dan pending
- d) Proses verifikasi lanjutan
- e) Finalisasi klaim

f) Umpan balik pelayanan

#### **2.1.5.4 Kadaluarsa Klaim BPJS Kesehatan**

Berdasarkan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2018) pasal 40 terkait kadaluarsa klaim yaitu pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan. Apabila melebihi waktu pengajuan klaim yang telah ditentukan sebelumnya maka klaim tidak dapat diajukan kembali. Namun ketentuan tersebut dikecualikan beberapa hal yaitu :

- a. Bagi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan sebelum berlakunya Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
- b. Belum adanya kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan (*dispute klaim*)
- c. Belum diaturnya ketentuan penjaminan obat secara jelas untuk obat tertentu

Menurut (BPJS Kesehatan, 2016) kadaluarsa klaim dibagi berdasarkan 2 macam yaitu klaim kolektif dan klaim perorangan. Kadaluarsa klaim pada klaim kolektif fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah layanan diberikan. Sedangkan pada klaim perorangan, batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus

#### **2.1.6 Klaim Pending**

Dalam hal terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan klaim untuk dilengkapi dan dapat diajukan kembali oleh fasilitas kesehatan paling lambat pada pengajuan klaim bulan berikutnya (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2018). Apabila hal tersebut terjadi maka akan menyebabkan klaim pending. Klaim pending adalah klaim yang terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum lengkap (Maulida and Djunawan, 2022). Jika terdapat syarat-syarat yang belum dipenuhi atau data yang

diajukan belum sesuai klasifikasi/standar dari pihak BPJS maka verifikator akan mengirimkan dokumen berupa excel kepada rumah sakit yang berisi data-data terkait berkas mana saja yang perlu dilengkapi atau di konfirmasi ulang oleh pihak rumah sakit supaya dapat diklaimkan kembali (Arlinda Zuhfi, no date). Pengembalian klaim akan mempengaruhi pembiayaan pelayanan dan menghambat operasional rumah sakit (Rahma Ardi Saputri, Indira Nur Zahrasita and Harry Fauzi, 2022). Selain itu, menurut penelitian (Juli Muroli, Budi Rahardjo and Germas Kodyat, no date) klaim pending dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit, khususnya rumah sakit milik pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan sehingga mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan.

Permasalahan yang terjadi akibat berkas klaim yang dikembalikan bisa terjadi akibat ketidaksesuaian administrasi, koding, pengobatan, dan pemeriksaan penunjang. Menurut penelitian (Tambunan *et al.*, 2022) faktor penyebab klaim pending BPJS Kesehatan disebabkan oleh faktor administrasi, faktor koding, dan faktor penunjang medis lainnya. Namun, terdapat faktor lain pula yang menyebabkan terjadinya pending klaim. Berdasarkan penelitian oleh (Pratama *et al.*, 2023) berkas klaim yang tertunda disebabkan oleh berkas rekam medis yang tidak lengkap dan ketidaktepatan dalam penulisan kode diagnosis dan kode tindakan.

#### **2.1.6.1 Penyebab Klaim Pending Aspek Administrasi**

Aspek administrasi dalam klaim pending mencakup kelengkapan berkas pasien saat akan dikirimkan ke pihak BPJS Kesehatan yang meliputi rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta, resume medis, keterangan diagnosis dari dokter yang merawat dan bukti pelayanan lainnya (Rahma Ardi Saputri, Indira Nur Zahrasita and Harry Fauzi, 2022). Bukti pelayanan lainnya yang dimaksud adalah seperti laporan penunjang medis. Laporan penunjang medis dapat berupa laporan operasi, laporan EKG, hasil laboratorium dan sebagainya. Selain itu faktor penyebab aspek administrasi ini dipengaruhi oleh ketidaklengkapan serta kesalahan berkas pada saat pengisian administrasi dan ketidakjelasan konfirmasi administrasi klaim pasien BPJS Rawat inap (Tambunan *et al.*, 2022).

### **2.1.6.2 Penyebab Klaim Pending Aspek Koding**

Koding adalah upaya menjembatani diagnosis dan tindakan secara klinis medis dengan kode grouper aplikasi INA CBGs. Selanjutnya berdasarkan kode tersebut, ditentukan besaran klaim. Diagnosa utama dalam kepentingan ini didefinisikan sebagai diagnosis yang paling bahaya atau mengancam kehidupan, diagnosis yang paling banyak membutuhkan sumber daya pelayanan dan diagnosis yang menyebabkan masa perawatan paling lama (Indawati, 2019). Pengertian koding menurut (Pratama *et al.*, 2023) adalah suatu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data.

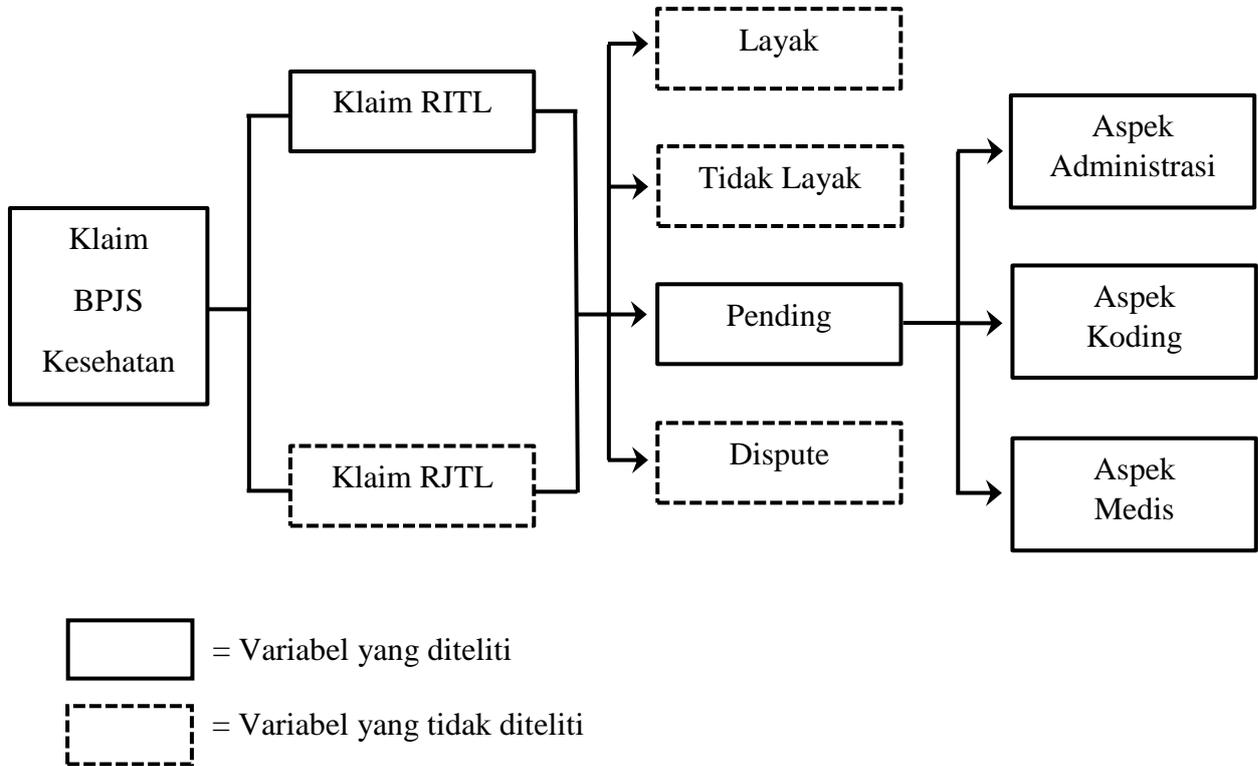
Faktor penyebab klaim pending pada aspek koding dipengaruhi oleh penggunaan singkatan pada penulisan diagnosis, kurang jelasnya tulisan dokter, pemilihan diagnosa utama yang salah dan penulisan diagnosa yang tidak lengkap. Selain itu, dalam konsep INA CBGs yang menimbulkan biaya terbesar dan masa rawat inap yang paling lama adalah diagnosis utama. Hal ini tidak selalu sejalan dengan konsep diagnosis utama bagi para klinisi medis dengan ranah koding administrasi (Indawati, 2019). Berdasarkan hal tersebut dapat mengakibatkan reseleksi diagnosis utama sehingga terjadi perubahan kode diagnosa. Menurut (Santiasih *et al.*, 2021) perbedaan konsep/persepsi terhadap diagnosis dan pengkodean dokter yang merawat dan verifikator BPJS juga mempengaruhi kesalahan koding. Selain itu, tentunya kesalahan koding utamanya disebabkan dikarenakan kesalahan penentuan koding diagnosis atau tindakan berdasarkan kaidah ICD 10 dan ICD 9 CM, kesalahan pada ICD 10 biasanya dikarenakan koder hanya membaca ICD 10 jilid 3 sedangkan penjelasan tentang kode gabung terdapat pada ICD 10 Jilid 1 (Agiwahyunto, Anjani and Candra Stacey, 2021)

### **2.1.6.3 Penyebab Klaim Pending Aspek Medis**

Aspek medis adalah catatan maupun rekaman yang dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan atau asuhan yang harus diberikan kepada pasien (Rahma Ardi Saputri, Indira Nur Zahrasita and Harry Fauzi, 2022). Faktor penyebab klaim pending pada aspek medis dipengaruhi oleh beberapa hal seperti adanya alasan indikasi medis terkait alasan yang membuat pasien di rawat inapkan. Menurut (Agiwahyunto, Anjani and Candra Stacey, 2021) pada klaim pending dalam aspek

medis mencakup konfirmasi hasil pemeriksaan penunjang, konfirmasi aturan dan tanggal pemeriksaan.

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep