

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Manfaat Penelitian

2.1.1 Pengertian Klaim Pending dan Jaminan Kesehatan Nasional

1. Definisi Klaim Pending

Terdapat tiga tipe status klaim yang berbeda setelah berkas klaim di terima oleh pihak JKN di Rumah Sakit X yaitu status klaim layak, status klaim tidak layak, status klaim pending. Klaim pending rawat jalan merujuk pada situasi di mana pengajuan klaim yang dilakukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan tidak dapat segera diproses atau dibayar, biasanya karena adanya masalah pada dokumen yang diajukan. Dalam konteks ini, klaim pending dapat terjadi akibat beberapa faktor, antara lain:

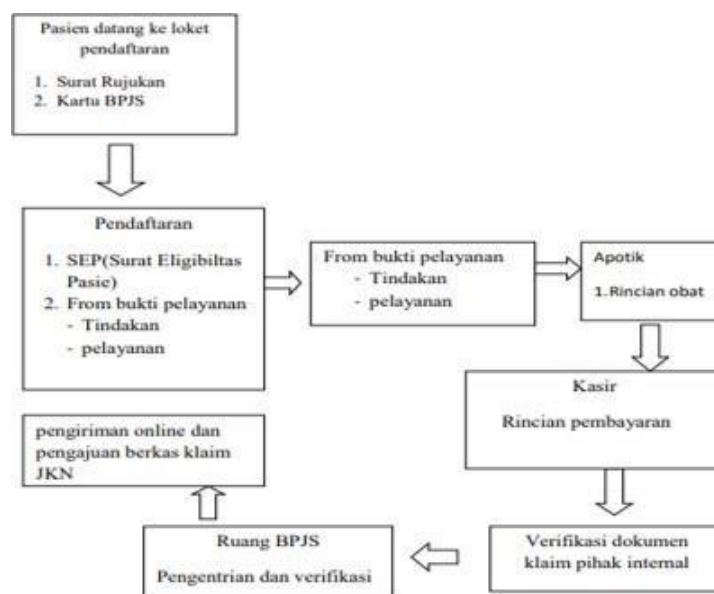
- a. Ketidaklengkapan Dokumen: Berkas klaim yang tidak memenuhi persyaratan administrasi, seperti tidak adanya Surat Bukti Pendaftaran Klaim (SBPK) atau hasil pemeriksaan penunjang yang diperlukan.
- b. Kesalahan Koding: Pengkodean diagnosa dan tindakan medis yang tidak tepat dapat menyebabkan klaim ditolak atau tertunda. Kesalahan ini sering kali terjadi karena kurangnya pemahaman antara petugas koding dan verifikator dari BPJS Kesehatan
- c. Proses Administratif yang Lambat: Terdapat juga faktor dari sisi rumah sakit yang mengakibatkan keterlambatan dalam pengumpulan dan pengiriman dokumen klaim ke BPJS, sehingga mengganggu aliran dana dan pembayaran untuk layanan kesehatan.

Klaim pending ini dapat mengganggu cash flow rumah

sakit, karena pembayaran untuk layanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien tidak dapat dilakukan secara tepat waktu (Farhansyah, 2024)

2. Mekanisme Klaim dalam JKN

Klaim JKN adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan yang ditagihkan setiap bulan. Untuk mengajukan klaim tersebut, rumah sakit harus melampirkan dokumen- dokumen pendukung sebagai persyaratan klaim. Kelengkapan dokumen klaim JKN ini bergantung pada persyaratan dari peserta (seperti fotokopi KTP dan kartu BPJS) serta dokumen medis (seperti resume medis, laporan penunjang, dan laporan pasien). Kelengkapan dokumen sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya. Rekam medis rawat jalan harus lengkap dan mencakup informasi medis yang ditandatangani oleh dokter yang bertanggung jawab. Ketidaksesuaian layanan medis sering kali terjadi karena perbedaan antara lembar klaim dan resume medis, misalnya pada kode diagnosis dan tindakan yang tidak sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9 CM.



Gambar 2.1 Alur Pengajuan Klaim

Proses pengajuan dan pembayaran klaim BPJS Kesehatan diatur dalam Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2017 tentang pengelolaan administrasi. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim kolektif secara lengkap ke BPJS Kesehatan paling lambat tanggal sepuluh bulan berikutnya. Jika berkas pengajuan belum lengkap, BPJS Kesehatan akan mengembalikannya ke fasilitas kesehatan untuk dilengkapi, disertai Berita Acara Pengembalian Klaim. Pengajuan ulang klaim dapat dilakukan pada bulan berikutnya setelah berkas dilengkapi. BPJS Kesehatan harus membayar klaim kepada fasilitas kesehatan paling lambat lima belas hari kerja setelah berkas klaim diterima lengkap di Kantor BPJS Kesehatan setempat (Pratama, 2023)

3. Peran Rumah Sakit dalam Proses Klaim

Peran rumah sakit dalam proses klaim rawat jalan BPJS Kesehatan sangat penting dan melibatkan beberapa langkah kunci untuk memastikan klaim dapat diproses dengan baik. Menyusun dokumen secara teliti dan baik tidak hanya mempercepat persetujuan klaim, tetapi juga membantu mencegah potensi penundaan yang bisa berdampak buruk pada pasien dan rumah sakit. Jika klaim sering tertunda atau ditolak karena masalah administrasi, hal ini dapat menimbulkan ketidakpuasan pada pasien, yang akhirnya bisa merusak reputasi dan citra rumah sakit. Selain itu, berulangnya penolakan klaim akibat dokumen yang tidak lengkap akan menambah beban kerja administratif rumah sakit karena perlu melakukan revisi dan pengajuan ulang klaim, yang tentu saja memerlukan waktu dan sumber daya tambahan.

Dengan memastikan dokumen lengkap dan akurat sejak awal, rumah sakit tidak hanya memperlancar proses klaim tetapi

juga memperkuat hubungan baik dengan pihak asuransi dan pasien. Ini akan menciptakan alur kerja yang lebih efisien dan efektif, serta mencegah masalah di kemudian hari. Oleh karena itu, penting bagi setiap bagian di rumah sakit, mulai dari administrasi hingga tim medis, untuk berkoordinasi dengan baik dalam mengumpulkan dan memverifikasi dokumen yang diperlukan. Dengan begitu, pengajuan klaim dapat berjalan lancar, dan pasien menerima haknya tepat waktu tanpa harus menghadapi penundaan atau kesulitan tambahan (Djunawan, 2022).

2.1.2 Faktor - Faktor Penyebab Klaim Pending

1. Faktor Administrasi

Penyebab klaim pending berdasarkan faktor administrasi yaitu terdapat ketidak lengkapan persyaratan dokumen klaim akan menyebabkan pengembalian berkas ke rumah sakit yang melakukan proses klaim atau yang sering disebut pending klaim hingga adanya permasalahan yang sangat krusial sekali dan perlu jadi perhatian yaitu berkas klaim yang di tolak atau tidak layak bayar. Tentunya hal ini sangat berdampak sekali pada operasi pelayanan rumah sakit karena finansial terganggu maka ketersediaan alat kesehatan, kinerja petugas dan mutu rumah sakit juga akan terganggu. Dokumen-dokumen yang harus ada untuk dilakukan klaim BPJS untuk pasien rawat jalan adalah sebagai berikut:

- a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP),
- b. Resume Medis,
- c. Lembar Billing Tagihan,
- d. Bukti Penunjang contohnya lembar baca hasil Laboratorium, lembar Tindakan, Lembar baca hasil bc radiologi, Echocardiography.

Kelengkapan dokumen juga merupakan hal penting

dalam proses klaim, apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi persyaratan kelengkapan dokumen, maka akan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

2. Faktor Medis

Penyebab klaim pending yang masih menjadi hambatan oleh petugas coding adalah kurang lengkapnya pengisian data pendukung seperti pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada rekam medis, Indikasi terjadinya fragmentasi. Indikasi medis yang menyebabkan klaim pending rawat jalan umumnya terkait dengan ketidak lengkapan hasil penunjang medis. Penyebab-penyebab lainnya mencakup:

- a. Double Klaim : Adanya indikasi kunjungan berulang atau klaim ganda yang salah satu klaim telah dilakukan sebelumnya.
- b. Hasil Penunjang Belum Lengkap : Ketidak lengkapannya dalam hasil pemeriksaan penunjang seperti lab test atau radiografi yang belum ada atau belum lengkap.
- c. Kode Klasifikasi Yang Keliru : Penggunaan kode klasifikasi yang keliru saat pengajuan klaim, sehingga BPJS Kesehatan membutuhkan revisi data klaim.
- d. PDF Tidak Ditemukan : Kurangnya dokumen PDF yang relevan dalam klaim, membuat klaim menjadi pending hingga dokumen tersebut ditemukan.
- e. Biaya Grouping Tidak Sesuai Ajuan : Biaya grup yang tidak sesuai dengan ajuan klaim, sehingga membutuhkan perubahan dalam klasifikasi biaya.

Dalam konteks ini, klaim pending rawat jalan biasanya disebabkan oleh kombinasi dari beberapa faktor di atas, bukan hanya sekedar masalah medis tetapi juga administratif dan teknis seperti kode klasifikasi dan dokumen yang hilang.

3. Faktor Koding

Dalam implementasi kebijakan JKN di Rumah Sakit X masih terdapat masalah-masalah terutama terkait pending klaim seperti kesalahan kodifikasi diagnosa pasien. Kesalahan tersebut bisa terjadi karena perbedaan pemahaman antara pihak verifikator BPJS dengan koder yang mengakibatkan terjadinya pending klaim. Permasalahan akibat koding masih ditemukan pada berkas pasien yang belum tepat dalam pemberian kode diagnosis maupun prosedur tindakan. Masalah kesalahan penentuan kode diagnosis juga tidak sepenuhnya terjadi karena kesalahan koder, tetapi juga dikarenakan kurangnya data pendukung dari bagian penunjang. Hal tersebut merupakan penyebab terjadinya pending klaim di Rumah Sakit X. Jika ada diagnosis tanpa hasil pemeriksaan yang sesuai atau hasil pemeriksaan tidak tersedia, maka berkas tersebut akan pending dan dikembalikan ke rumah sakit untuk konfirmasi. BPJS Kesehatan dapat melakukan konfirmasi diagnosis jika mereka menemukan kejanggalan.

Ketidaktepatan kode diagnosis atau tindakan yang diakibatkan oleh ketidak sepeahaman koding antar koder dengan verifikator BPJS Kesehatan. Hal tersebut merupakan salah satu variable perhitungan biaya rumah sakit. Verifikator BPJS dapat melakukan terkait tidak sesuainya kode penyakit dan tindakan yang diberikan oleh koder untuk memperoleh bukti terhadap klaim yang ditagihkan (Farhansyah, 2024)

2.1.3 Dampak Klaim Pending terhadap Rumah Sakit

1. Dampak finansial

Salah satu sumber pendapatan utama rumah sakit berasal dari klaim BPJS pasien. Ketika terjadi kasus pending klaim, dampaknya sangat signifikan bagi rumah sakit, terutama pada aspek *cash flow*. *Cash flow*, yang merupakan arus kas rumah

sakit yang mencatat aliran masuk dan keluar uang, dapat terganggu akibat pending klaim, sehingga menyebabkan ketidakstabilan keuangan (Utami, 2024). Terganggunya arus kas terlihat dari ketidakmampuan rumah sakit untuk membayar tagihan rekanan secara tepat waktu, yang berakibat pada ketidakstabilan finansial.

Tekanan keuangan ini juga berdampak pada kemampuan rumah sakit dalam mempertahankan atau memperbarui teknologi medis. Misalnya, jika dana tidak mencukupi untuk memperbaiki atau mengganti peralatan medis, kualitas diagnostik dan perawatan pasien bisa menurun. Selain itu, jika rumah sakit harus mengurangi jumlah staf atau menurunkan gaji tenaga medis karena masalah finansial, motivasi dan kinerja tenaga kesehatan akan terdampak, yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas pelayanan kepada pasien.

2. Dampak Operasional

Dampak dari kasus pending klaim tidak hanya mempengaruhi *cash flow* rumah sakit, tetapi juga berimbas pada petugas rumah sakit. Petugas harus meninjau ulang semua berkas klaim yang tertunda dan melakukan konfirmasi dengan BPJS Kesehatan terkait pertanyaan yang diajukan oleh BPJS terhadap klaim tersebut. Setelah itu, klaim yang telah direvisi dikirim ulang bersama dengan klaim lainnya pada bulan berikutnya. Proses ini memerlukan waktu 10 hari bagi BPJS untuk memverifikasi dan menyetujui klaim yang telah diperbaiki. Akibatnya, pending klaim ini dapat mengganggu efisiensi waktu dan menambah beban kerja bagi petugas yang terlibat dalam proses klaim, seperti Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), komite medik, instalasi rawat jalan, instalasi rekam medis, dan instalasi pengelolaan pendapatan (Utami, 2024).

2.1.4 Dampak Klaim Pending terhadap Peserta JKN

1. Keterlambatan Pembayaran

Klaim pending dapat berdampak signifikan pada keterlambatan pembayaran kepada rumah sakit. Ketika klaim berstatus pending, artinya berkas klaim belum memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, sehingga proses verifikasi tertunda hingga dokumen dilengkapi. Hal ini menyebabkan pembayaran dari BPJS kepada rumah sakit tertunda. Dampak keterlambatan pembayaran tersebut dapat mempengaruhi operasional rumah sakit, terutama terkait dengan arus kas dan pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan.

Selain itu, rumah sakit mungkin perlu mengalokasikan waktu dan sumber daya tambahan untuk melengkapi dan mengajukan ulang berkas klaim. Jika keterlambatan ini berlangsung lama atau sering terjadi, rumah sakit bisa menghadapi kendala dalam pembiayaan operasional sehari-hari, seperti pengadaan obat-obatan, pembayaran gaji staf, dan biaya perawatan pasien. Pada akhirnya, hal ini dapat menurunkan kualitas pelayanan dan menyebabkan ketidakpuasan pasien serta merusak hubungan rumah sakit dengan pihak asuransi.

2. Kualitas Pelayanan

Klaim yang tertunda dapat berdampak pada kualitas layanan yang diberikan rumah sakit. Ketika rumah sakit mengalami kendala finansial akibat klaim yang belum dibayar, mereka mungkin menghadapi hambatan dalam operasional harian. Jika klaim pending terjadi secara berulang atau dalam jumlah yang signifikan, rumah sakit mungkin harus menunda atau mengurangi beberapa layanan tambahan, yang pada akhirnya dapat berdampak negatif terhadap kenyamanan dan kepuasan pasien. Keterbatasan dana juga bisa mempengaruhi kesejahteraan tenaga medis, yang mungkin berdampak pada

motivasi dan kinerja mereka dalam memberikan layanan. Secara keseluruhan, frekuensi klaim pending yang tinggi dapat melemahkan kualitas layanan kesehatan karena rumah sakit harus fokus pada pemenuhan dokumen administrasi daripada pengembangan layanan pasien. Hal ini dapat menurunkan kepercayaan pasien dan menciptakan persepsi buruk terhadap pelayanan rumah sakit, yang merugikan baik bagi rumah sakit maupun peserta JKN.

3. Kepuasan Peserta

Pasien cenderung merasa tidak puas jika mereka mengalami keterlambatan dalam menerima layanan atau pengobatan yang dibutuhkan akibat klaim yang belum diselesaikan. Dalam kondisi kesehatan yang memerlukan penanganan segera, bahkan keterlambatan kecil dapat memperburuk keadaan pasien, baik secara fisik maupun mental. Ketidakpastian mengenai status klaim yang berlangsung lama juga dapat menambah kecemasan dan stres pasien. Mereka mungkin merasa khawatir mengenai kemampuan untuk membayar biaya perawatan, terutama jika harus menanggung biaya mendesak sebelum klaim disetujui atau dibayar (Hasbullah, 2024)

2.1.5 Upaya yang Telah Dilakukan untuk Mengatasi Klaim Pending

1. Kebijakan Pemerintah

Pemerintah telah menetapkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas untuk proses verifikasi klaim, dengan tujuan memastikan setiap tahap administrasi klaim asuransi kesehatan berjalan lancar dan transparan. SOP ini merujuk pada pedoman rinci dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 26 Tahun 2021, yang dirancang untuk mengurangi risiko klaim pending. Peraturan ini memberikan panduan yang jelas kepada semua pihak yang terlibat dalam pengelolaan klaim,

termasuk rumah sakit dan perusahaan asuransi, agar memiliki standar yang sama dalam menangani proses klaim.

Permenkes No. 26 Tahun 2021 juga menekankan pentingnya melakukan verifikasi secara akurat dan tepat waktu, dengan langkah- langkah yang harus dipatuhi untuk memastikan klaim dapat diproses tanpa hambatan. Pedoman ini mencakup kelengkapan berkas, validitas dokumen, serta prosedur verifikasi medis yang harus dilakukan sebelum klaim disetujui. Diharapkan dengan peraturan ini, seluruh instansi kesehatan dan pihak asuransi dapat berkoordinasi lebih efektif, sehingga potensi kesalahan atau kekurangan dalam pengajuan klaim dapat dikurangi, dan peserta asuransi tidak perlu mengalami keterlambatan dalam menerima penggantian biaya.

2. Inisiatif Rumah Sakit

Pelaksanaan klaim yang tepat sangat memengaruhi kelangsungan layanan kesehatan di rumah sakit, sehingga diperlukan pengelolaan yang efektif dari setiap penyedia layanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dimulai dengan perencanaan yang matang. Untuk mencapai tujuan dalam proses klaim yang efektif, dapat diterapkan tahapan-tahapan seperti perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Berdasarkan pandangan ini, kegiatan di rumah sakit membutuhkan manajemen yang baik untuk mengoptimalkan seluruh sumber daya, guna meningkatkan mutu pelayanan. Manajemen juga diperlukan dalam mengatur kegiatan operasional dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Kegiatan perencanaan meliputi pembuatan SOP khusus terkait pengisian berkas klaim BPJS dan aturan seperti job description yang lebih jelas dan terstruktur, kemudian mensosialisasikan SOP atau peraturan lain kepada seluruh petugas yang menangani klaim

BPJS (verifikator BPJS di rumah sakit, tim dokter, tim perawat, dan tim koder atau rekam medis BPJS).

Mengadakan rapat rutin setidaknya seminggu sekali untuk petugas yang terlibat dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan juga menjadi bagian dari perencanaan ini. Langkah berikutnya adalah menetapkan pihak atau organisasi yang bertanggung jawab atas pengisian berkas klaim BPJS Kesehatan, yaitu tim pengendali yang terdiri dari perawat, dokter, koder atau rekam medis, dan verifikator BPJS di rumah sakit yang memiliki keahlian sesuai peran masing-masing. Selain itu, dilakukan identifikasi sumber daya yang dibutuhkan untuk pengelolaan klaim BPJS pasien rawat jalan, seperti komputer terintegrasi untuk proses INA CBG's, berkas klaim BPJS, dan hasil penunjang lainnya (Saputri, 2022)

3. Peran Pihak BPJS Kesehatan

Tugas dan tanggung jawab verifikator BPJS Kesehatan yaitu melakukan verifikasi terhadap kelengkapan berkas klaim yang diajukan dan kesesuaian diagnosis serta tindakan yang ditulis oleh dokter di resume medis dengan ICD-10 Versi Tahun 2010 dan ICD-9-CM Versi Tahun 2010 (Indonesia, 2021) BPJS Kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam menyelesaikan klaim yang tertunda. Beberapa langkah yang dapat diambil BPJS Kesehatan untuk mengatasi klaim pending antara lain:

- a. Verifikasi dan Klarifikasi yang Cepat : BPJS Kesehatan perlu memastikan bahwa klaim yang diajukan oleh rumah sakit sudah memenuhi persyaratan administrasi dan medis. Jika ada kekurangan atau ketidaksesuaian dokumen klaim, BPJS Kesehatan harus segera menghubungi rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan untuk meminta penjelasan atau dokumen tambahan.

- b. Pemberian Informasi yang Jelas : BPJS Kesehatan perlu memberikan penjelasan yang jelas kepada rumah sakit atau fasilitas kesehatan mengenai alasan klaim tertunda. Hal ini akan membantu rumah sakit segera memperbaiki atau melengkapi dokumen yang diperlukan agar proses klaim dapat dipercepat.
- c. Pengawasan dan Pemantauan : BPJS Kesehatan perlu memantau proses klaim untuk memastikan klaim tidak tertunda terlalu lama. BPJS dapat mengembangkan sistem yang memungkinkan pemantauan klaim secara langsung, sehingga klaim yang tertunda dapat segera diselesaikan.
- d. Koordinasi dengan Rumah Sakit : BPJS Kesehatan harus bekerja sama dengan rumah sakit untuk memastikan kelengkapan berkas klaim. BPJS dapat mengadakan pertemuan rutin atau memberikan pelatihan kepada staf rumah sakit mengenai prosedur pengajuan klaim agar klaim pending dapat dikurangi.
- e. Penyederhanaan Proses Klaim : Untuk mengurangi klaim pending, BPJS Kesehatan dapat menyederhanakan prosedur klaim, memperbaiki sistem verifikasi klaim, serta memanfaatkan teknologi informasi yang lebih efisien.
- f. Penyelesaian Sengketa dan Mediasi : Jika klaim pending disebabkan oleh sengketa atau masalah yang lebih rumit, BPJS Kesehatan dapat memfasilitasi mediasi antara rumah sakit dan peserta untuk menemukan solusi yang dapat mempercepat proses pembayaran klaim.

Dengan peran aktif BPJS Kesehatan dalam menyelesaikan klaim pending, diharapkan masalah keterlambatan pembayaran dapat teratasi dengan baik, yang pada akhirnya akan meningkatkan kepuasan peserta dan kualitas pelayanan kesehatan.

2.1.6 Penelitian Terdahulu Terkait Penyebab Klaim Pending

Menurut (Nuwituari, 2022) kelengkapan berkas ditemukan 110 berkas klaim yang pending di bulan Maret dan April tahun 2019 dikarenakan tidak lengkapnya resume medis berjumlah 61, namun terdapat permasalahan lain yang menyebabkan berkas klaim pending yaitu karena jumlah kunjungan pasien yang sudah lebih dari tiga kali dalam satu bulan dengan diangnosa dan poliklinik yang sama sebesar 36 berkas.

Menurut (Fani Farhansyah, 2024) berkas pending klaim pasien rawat jalan BPJS Kesehatan akibat ketidaklengkapan berkas, pada bulan Januari dan Februari memiliki persentase yang sama dan termasuk persentase tertinggi yaitu sebesar 17,65%. Klaim pending akibat ketidaktepatan koding persentase tertinggi terdapat pada bulan Februari sebesar 23,53% dan klaim pending akibat gabungan episode perawatan persentase tertinggi 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 koding diagnosa dan tindakan medis akibat dari ketidaksepahaman koder dengan verifikator BPJS kesehatan dan Penggabungan episode perawatan.

Menurut (Saputri, 2022), permasalahan yang terjadi pada pelayanan rawat jalan di RS X adalah munculnya *double claim* dalam satu episode kunjungan. Hal ini disebabkan oleh pembacaan hasil penunjang (seperti rontgen) yang dilakukan di hari berikutnya, sehingga pasien kembali mendaftar dan dibuatkan SEP baru. Padahal kunjungan tersebut masih termasuk dalam satu rangkaian rawat jalan. Ketidaktahuan atau kelalaian petugas dalam mencantumkan kode SEP sebelumnya menjadi penyebab klaim tercatat sebagai dua episode terpisah,

yang akhirnya menyebabkan klaim pending oleh BPJS Kesehatan..

Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Mukaromah, 2024) Pending klaim yang terjadi di RSUD Kota Bandung dari aspek administrasi yaitu meliputi adanya, ketidaklengkapan bukti penunjang terjadi ketika hasil pemeriksaan penunjang belum terlampirkan. Masalah tersebut dapat terjadi karena terdapat hasil penunjang yang memerlukan waktu cukup lama untuk hasilnya bisa keluar, seperti hasil lab PA (Patologi Anatomi), selain dari ketidaklengkapan berkas persyaratan, pending klaim rawat jalan juga dapat disebabkan karena terjadinya double klaim, dimana ada dua SEP yang dikeluarkan. Hal tersebut dapat terjadi karena adanya kunjungan berulang. Double klaim ini disebabkan ketika pasien berobat ke rumah sakit pada hari yang sama, maupun ketika pemeriksaan rawat jalan, ternyata harus dilakukan rawat inap. Sehingga memerlukan adanya konfirmasi apakah SEP digabung atau tidak. Masalah ini berkaitan dengan episode perawatan, dimana untuk satu episode rawat, hanya berlaku satu kali klaim.

Menurut (Widaningtyas, 2022) di Rumah Sakit QIM Batang juga menyatakan bahwa kasus administrasi merupakan kasus yang berhubungan dengan pelayanan administrasi dalam bentuk kelengkapan berkas klaim atau konfirmasi kunjungan pasien. Faktor administrasi yang menyebabkan klaim pending rawat jalan yaitu tidak dilampirkannya administrasi pelayanan yaitu hasil laboratorium, radiologi dan laporan operasi dan tidak ada komponen obat pada administrasi keuangan pada kwitansi/biling.

Menurut (Mukaromah, 2024) yang menyebutkan bahwa pending klaim dari aspek coding di karenakan ketidak tepatan kode dan kesalahan saat pengkodean. Sedangkan pending

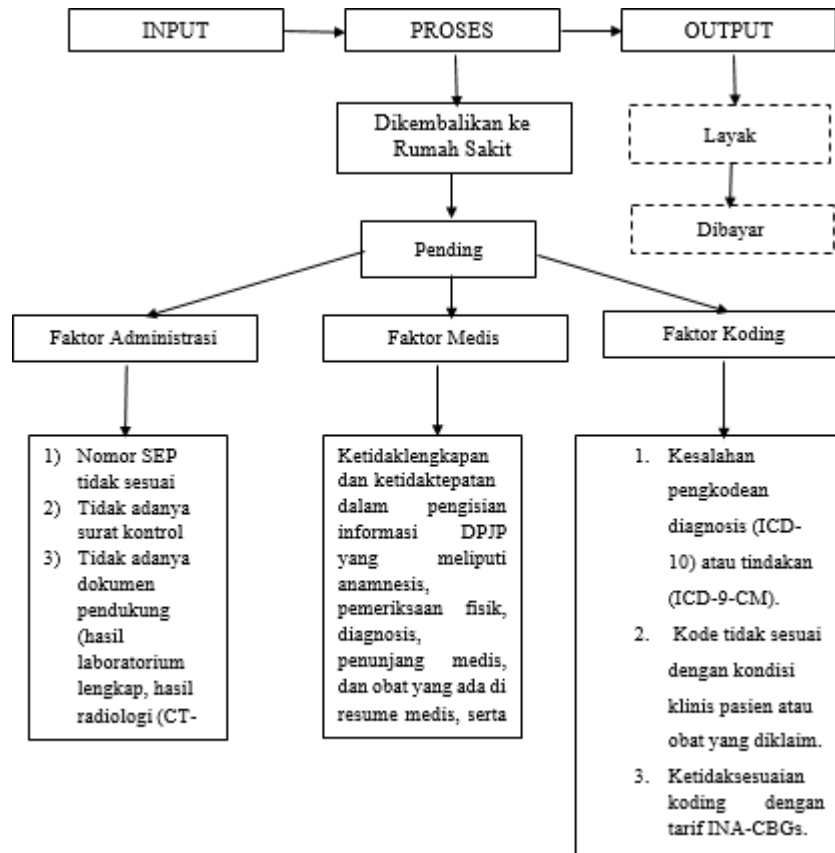
klaim dari aspek koding yang terjadi di RSUD Kota Bandung yaitu adanya kekeliruan pada pemberian koding tindakan MRI muskuloskeletal dan koding diagnosis pasien dirujuk. Menurut (Widaningtyas dkk., 2024) Jenis kesalahan kode seperti reseleksi kode (kekeliruan penentuan diagnosis utama dan sekunder) reseleksi diagnosa utama adalah penentuan suatu diagnosa utama berdasarkan kondisi yang paling relevan selama perawatan (ICD:2010). Berdasarkan KMK No. HK.01.07-MENKES-312-2020, salah satu kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan adalah klasifikasi dan kodifikasi penyakit serta masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Dalam penentuan kode dignosa, seorang koder wajib memperhatikan kondisi yang seharusnya menjadi diagnosa utama berdasarkan aturan morbiditas MB1-MB5 pada ICD X vol 2. Oleh karena itu komunikasi koder dan dokter sangat berperan dalam penentuan diagnosis utama.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Arlinda, 2020) Penyebab pending terbanyak kedua terkait medis yaitu konfirmasi indikasi kegawatan 348 kasus. Kasus ini meliputi konfirmasi indikasi kegawatan terkait extracorporeal shockwave lithotripsy (ESWL) pada saluran kemih, gangguan metabolik akut, gangguan saluran kemih akut, gastrointestinal 64 akut, hematologi akut, perawatan luka, prosedur kecil endoskopi pada saluran kemih, prosedur kecil pada kulit, penyakit kronis kelici lainnya dan penyakit akut besar lainnya. Dapat dilihat bahwa tiga penyebab pending klaim BPJS rawat jalan terbanyak terkait medis pada bulan Maret 2020 yaitu mengkonfirmasi dilakukan tindakan berulang sebanyak 14% dari total kasus pending terkait medis. Hal tersebut sesuai dengan penelitian saya terkait penyebab klaim pending yaitu tidak memenuhi kegawat daruratan. Berdasarkan hasil observasi terhadap 85 berkas klaim

penyebab paling banyak berkas klaim kasus gawat darurat dikembalikan yaitu karena BPJS Kesehatan meminta konfirmasi kondisi emergency pada pasien ada 47 berkas (55,3%) hal itu disebabkan karena diagnosis masuk pasien dianggap tidak dalam kondisi gawat darurat beberapa diagnosis yang bukan dalam kondisi gawat darurat (Agiwahyunto, 2021). Faktor penyebab klaim pending dari aspek medis berkaitan dengan keterbatasan dalam pemeriksaan penunjang serta kurangnya bukti terapi. Laporan pemeriksaan penunjang berfungsi sebagai dokumentasi hasil pelayanan tambahan yang diberikan kepada pasien, sedangkan bukti terapi digunakan untuk mendukung pengambilan keputusan klinis, seperti pelaksanaan terapi, yang berkontribusi pada peningkatan kualitas perawatan pasien (Maulidia, 2022). Selain itu menurut (Agiwahyunto, 2021) terdapat pengembalian berkas klaim akibat alasan rujukan pasien, di mana tercatat 2 berkas (2,35%) mengalami kendala serupa. Contohnya, dalam kasus Ca bulli, pasien dirujuk ke RSDK, sehingga BPJS Kesehatan meminta klarifikasi mengenai alasan rujukan tersebut.

2.2 Kerangka Teori

Teori yang digunakan dalam penelitian ini berupa alur sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Teori (Mukaromah, 2024)

Kerangka teori ini menjelaskan alur proses klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan yang terdiri dari tiga tahap utama yaitu, input, proses, dan output. Pada tahap input, rumah sakit mengajukan klaim dengan melengkapi dokumen dan data yang diperlukan. Selanjutnya pada tahap proses klaim yang diajukan dapat dikembalikan ke rumah sakit jika terdapat ketidaksesuaian atau masuk ke status pending akibat kendala dalam faktor administrasi, medis, atau koding. Faktor administrasi mencakup kesalahan dalam Nomor SEP, surat kontrol, atau kurangnya dokumen pendukung, sedangkan faktor medis berkaitan dengan ketidaktepatan pengisian informasi seperti diagnosis dan terapi.

Sementara itu, faktor koding meliputi kesalahan dalam pengkodean diagnosis (ICD-10), tindakan (ICD-9-CM), serta ketidaksesuaian tarif INA-CBGs. Pada tahap akhir, yaitu output, klaim yang telah diperiksa akan dinyatakan layak jika disetujui atau dibayar jika sudah memenuhi syarat pembayaran. Dengan demikian, kerangka teori ini memberikan gambaran sistematis mengenai proses klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan serta faktor-faktor yang mempengaruhi keputusannya.

2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini mengadopsi teori alur pengajuan klaim berdasarkan penelitian (Dinillah, 2022) dan teori penyebab klaim pending berdasarkan penelitian oleh (Widaningtyas, 2022) didapatkan hasil kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

———— = Di Teliti

----- = Tidak Diteliti

Gambar tersebut menunjukkan alur proses pengajuan klaim oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Alur pengajuan klaim dimulai dari rumah sakit mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pembayaran atas layanan yang diberikan kepada pasien. BPJS Kesehatan kemudian akan

mengevaluasi klaim yang diajukan oleh rumah sakit dan hasilnya dapat berupa dua kemungkinan :

- 1) Layak : Klaim dinilai layak dan BPJS akan membayarnya.
- 2) Dikembalikan ke Rumah Sakit (Pending) : Klaim memerlukan perbaikan atau klarifikasi lebih lanjut sebelum diputuskan, dan ada beberapa faktor yang menyebabkan klaim menjadi pending, yaitu Faktor Administrasi, Faktor Medis, dan Faktor Koding.