

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

Upaya kesehatan merupakan suatu kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang bertujuan mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, tempat untuk menyelenggarakan upaya kesehatan tersebut ialah sarana kesehatan. Salah satu sarana kesehatan yaitu rumah sakit. Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Undang-Undang RI Nomor 44, 2009).

Jenis pembiayaan kesehatan yang tersedia di rumah sakit salah satunya adalah jaminan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan atau Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Badan Penyelenggara Sosial Nasional adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Undang-Undang RI Nomor 40, 2004).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang telah bekerja sama dengan

pihak pelayanan kesehatan. Dalam hal pelayanan kesehatan akan berkaitan dengan pembiayaan sehingga proses tersebut membutuhkan klaim BPJS. Klaim manfaat pelayanan jaminan kesehatan yang disebut dengan Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7, 2018).

Menurut Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim dan Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Tahun 2014 (Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, 2014), melalui beberapa tahapan yaitu :

- a. Ada beberapa berkas klaim dan file TXT yang harus disiapkan untuk mengajukan proses verifikasi yaitu :
 1. Berkas klaim rawat jalan yang akan diverifikasi meliputi :
 - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - b) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
 - c) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA-CBGs diperlukan tambahan bukti pendukung :
 - 1) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
 - 2) Resep alat kesehatan
 - 3) Tanda terima alat bantu kesehatan (alat bantu dengar, kacamata, alat bantu gerak, dll).
 2. Berkas klaim rawat inap yang akan diverifikasi meliputi :
 - a) Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)
 - b) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

c) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA-CBGs diperlukan tambahan bukti pendukung :

- 1) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
- 2) Resep alat kesehatan
- 3) Tanda terima alat bantu kesehatan (alat bantu dengar, kacamata, alat bantu gerak, dll).

b. Fasilitas kesehatan memiliki fasilitator untuk melakukan verifikasi, yaitu :

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput di aplikasi INA-CBGs dengan berkas pendukung lain.

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Verifikasi administrasi pelayanan dalam melakukan administrasi pelayanan ada beberapa berkas yang harus dicocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan. Berkas yang harus disesuaikan sebagai berikut :

- a) Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)
- b) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- c) Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan tindakan serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- d) Bukti penunjang dan pendukung lain.

3. Verifikasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan, sebagai berikut :

- a) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9CM (dengan melihat buku ICD-10 dan ICD-9CM atau softcopy ICD) ketentuan coding mengikuti panduan yang terdapat dalam Juknis INA-CBGs
- b) Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama
- c) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (One Day/Surgery) termasuk rawat jalan
- d) Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan >6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ ruang rawat inap dan/ atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap
- e) Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.
- f) Untuk kasus-kasus spesial, misalnya CMG's harus dilihat bukti-bukti pendukungnya

4. Verifikasi Software

Verifikasi menggunakan aplikasi software, meliputi :

- a) Purifikasi data berfungsi untuk melakukan validasi output INA-CBGs yang ditagihkan rumah sakit terhadap penerbitan SEP
- b) Proses verifikasi administrasi yaitu verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit
- c) Setelah proses administrasi maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending
- d) Proses verifikasi lanjutan dilakukan dengan disiplin dan berurutan
- e) Finalisasi klaim
- f) Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending
- g) Umban balik (*feedback*) pelayanan
- h) Kirim file.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang ada pada penelitian (Santiasih, 2021) di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. RM Djoelham Binjai pada periode Januari 2019 hingga Desember 2019 telah ditemukan 2.223 jumlah klaim yang diajukan dan sebanyak 329 telah gagal klaim. Penyebab terjadinya gagal klaim karena adanya persyaratan yang belum lengkap dan ketidaktelitian petugas kesehatan. Sehingga pihak verifikator BPJS harus terlebih dahulu mengembalikan berkas persyaratan klaim kepada petugas verifikator yang berada di rumah sakit untuk melengkapi pengisian dokumen persyaratan tersebut. Hal ini akan mengakibatkan *pending claim* yang dapat memengaruhi keterlambatan pembayaran jasa medis dan

berdampak pada kinerja petugas rumah sakit sehingga akan mengganggu pada kualitas pelayanan kesehatan kepada pasien. Selain itu, aliran dana rumah sakit akan terganggu.

Penelitian yang akan dilakukan merupakan penelitian *literature review* dengan model *narrative review* yang bertujuan untuk menganalisis dan mengidentifikasi penelitian terdahulu terkait topik tertentu. Desain penelitian ini akan menggunakan metode kualitatif yang bersifat deskriptif maupun fenomenologi dan cenderung menganalisis. Data yang digunakan berupa data sekunder dari hasil penelitian yang relevan dengan topik yang diangkat. Mengulas 10 jurnal dari rumah sakit yang berbeda di seluruh Indonesia dengan jangka waktu terbitan 7 tahun dimulai dari tahun 2016 hingga tahun 2022.

Ruang lingkup dari penelitian ini yaitu *pending claim* BPJS Kesehatan termasuk keterlambatan penyerahan berkas klaim, ketidaklengkapan berkas klaim. *Pending claim* yang dimaksud oleh peneliti ialah klaim tertunda atau belum berhasil terklaim atau terbayarkan. Ditinjau dari unsur 5M yaitu faktor *man*, *matherial*, *method*, *machine* dan *money*.