

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

Pemerintah Indonesia mengembangkan sebuah program yang memiliki tujuan untuk melindungi seluruh masyarakat Indonesia dalam sistem asuransi sehingga masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar berupa kesehatan. Program tersebut adalah Program Jaminan Kesehatan (JKN) yang merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial. Sebagai perlindungan bagi setiap orang yang telah membayar iuran atau yang iurannya telah dibayarkan oleh pemerintah (Permenkes, 2014)

Badan hukum publik yang menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan adalah BPJS Kesehatan. Tujuannya adalah untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan serta terpenuhinya kebutuhan dasar yang layak bagi peserta dan/atau anggota keluarganya (Undang-Undang, 2011). Peserta jaminan sosial dibagi menjadi dua jenis yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI). Peserta PBI terdiri atas orang yang tergolong kedalam fakir miskin, dan orang yang tidak mampu. Sedangkan peserta Non PBI antara lain pekerja yang menerima upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya. Terakhir adalah bukan pekerja dan anggota keluarganya (BPJS Kesehatan, 2014).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi seluruh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan antara lain FKTP, dan FKRTL (Permenkes, 2016). Penggantian biaya perawatan atas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien peserta BPJS Kesehatan dilakukan apabila rumah sakit telah mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan (Valentina and Halawa, 2018). Rumah sakit harus menyiapkan berkas klaim dan *file Txt* berupa surat rujukan dari Faskes Tingkat Pertama, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat keterangan medis, bukti biaya kesehatan, resep alat kesehatan (bila ada), dan berkas klaim individual. Kemudian akan diproses melalui aplikasi INA-CBG's untuk mengajukan klaim kepada pihak BPJS Kesehatan (Indawati *et al.*, 2018).

BPJS Kesehatan menerapkan implementasi VEDIKA bagi FKRTL guna mempermudah berbagai hal termasuk dapat dimanfaatkan dalam proses verifikasi klaim untuk tagihan pelayanan kesehatan program JKN. VEDIKA merupakan proses verifikasi terhadap klaim yang telah diajukan oleh rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan dengan menggunakan aplikasi verifikasi digital yang dilakukan di kantor cabang atau kantor kabupaten kota BPJS Kesehatan. Tujuan dari adanya implementasi sistem VEDIKA adalah untuk meningkatkan kepuasan fasilitas kesehatan terhadap proses administrasi klaim BPJS Kesehatan dan simplifikasi proses klaim pelayanan di FKRTL (BPJS, 2018).

Setiap fasilitas kesehatan memiliki verifikasi BPJS Kesehatan yang akan melakukan beberapa verifikasi terhadap berkas klaim. Verifikasi tersebut antara lain verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan, dan verifikasi menggunakan *software* aplikasi (Indawati *et*

*al.*, 2018). Setelah melaksanakan pengajuan klaim serta melalui tahap verifikasi maka BPJS Kesehatan akan menerima formulir pengajuan klaim, data *txt*, persetujuan klaim, dan akan melakukan pembayaran apabila klaim sudah lengkap (Indawati *et al.*, 2018).

Apabila dari hasil verifikasi ditemukan adanya berkas yang telah diunggah oleh rumah sakit tidak lengkap dan/atau dibutuhkan adanya data pendukung administratif lainnya, maka BPJS Kesehatan menyatakan bahwa klaim tersebut termasuk dalam *pending claim* (Kepmenkes, 2021). Selanjutnya klaim tersebut akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk dilengkapi. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di salah satu rumah sakit pemerintah, umumnya pengembalian klaim dibagi menjadi 4 kategori, antara lain perbaikan administrasi, pinjam status, konfirmasi *coding*, dan kelengkapan resume medis (Indawati *et al.*, 2018). Perbaikan administrasi terjadi apabila hasil verifikasi menunjukkan terdapat ketidaksesuaian berkas klaim diantara SEP dengan data kepesertaan yang *diinput* dalam aplikasi INA-CBG's. Sementara pinjam status terjadi apabila terdapat keperluan verifikasi terkait rekam medis sehingga dokumen rekam medis pasien harus dipinjam. Pengembalian selanjutnya adalah dikarenakan konfirmasi *coding* yang terjadi apabila verifikator menemukan adanya ketidaksesuaian *coding* yang dibuat dengan diagnosis dan hasil pemeriksa yang ada di berkas klaim rawat inap. Terakhir pengembalian dikarenakan kelengkapan resume medis dimana pengembalian tersebut untuk melengkapi kembali resume medis dengan pemeriksaan fisik dan penunjang (Indawati *et al.*, 2018). Klaim yang disebut *pending claim* dapat berimbas pada kinerja dari pegawai rumah sakit sehingga

dapat hal tersebut mempengaruhi kualitas pelayanan rumah sakit. Dampak lainnya yang akan terjadi adalah aliran dana kas milik rumah sakit juga akan mengalami gangguan dikarenakan pembayaran yang seharusnya terklaim tepat waktu harus tertunda dikarenakan adanya berkas klaim yang masih harus dilengkapi (Santiasih, Simanjorang and Satria, 2021).

Identifikasi yang dilakukan terhadap faktor penyebab kejadian pending klaim menggunakan unsur manajemen 5M yang digunakan sebagai bahan acuan dalam menggolongkan faktor penyebab kejadian *pending claim*, unsur manajemen 5M terdiri atas *man*, *material*, *method*, *machine*, dan *money* (Robert and Presthus, 1960). Identifikasi faktor *man* penyebab kejadian *pending claim* yang disebabkan oleh sumber daya manusia atau petugas yang terlibat dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Identifikasi faktor *material* penyebab kejadian *pending claim* berdasarkan kelengkapan formulir berkas rekam medis yang menjadi syarat dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Identifikasi faktor *method* penyebab kejadian *pending claim* yang merujuk pada ketersediaan pedoman atau SOP yang digunakan untuk pelaksanaan *coding* berkas serta pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Identifikasi unsur *machine* penyebab *pending claim* yang disebabkan oleh sarana dan prasarana yang digunakan dalam melaksanakan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Identifikasi unsur *money* penyebab *pending claim* berdasarkan biaya kerugian yang ditimbulkan akibat berkas klaim yang mengalami *pending* (Triatmaja, Wijayanti and Nuraini, 2022).