

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mendefinisikan rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan perorangan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap. Pelayanan kesehatan paripurna meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative.

Pasal 11 dalam PMK No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit tertulis bahwa rumah sakit yang dikategorikan berdasarkan pelayanan ada dua jenis diantaranya Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum ialah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Khusus merupakan rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan utama pada satu bidang jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, dan jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Menurut Pasal 12 PMK No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit tertulis Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi empat tingkatan, namun peneliti hanya menjelaskan tingkatan

atau kelas Rumah Sakit Umum Kelas B yang disesuaikan dengan kelas Rumah Sakit Islam Surabaya.

### **2.1.1 Rumah Sakit Umum Kelas B**

Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Kelas B paling sedikit meliputi :

a. Pelayanan Medik

Pelayanan medik paling sedikit terdiri dari :

1. Pelayanan gawat darurat, harus diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.
2. Pelayanan medik spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetric dan genikologi.
3. Pelayanan medik spesialis penunjang meliputi pelayanan anestesiologi, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi, dan rehabilitasi medik.
4. Pelayanan medik spesialis lain meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik.
5. Pelayanan medik spesialis lain meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik.

6. Pelayanan medik subspesialis, paling sedikit berjumlah 2 (dua) pelayanan subspesialis dari 4 (empat) subspesialis dasar yang meliputi pelayanan subspesialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetric dan genikologi.
  7. Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, paling sedikit berjumlah 3 (tiga) pelayanan yang meliputi pelayanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, dan orthodonti.
- b. Pelayanan Kefarmasian  
Mengelola sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik.
  - c. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan  
Melakukan pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
  - d. Pelayanan Penunjang Klinik  
Meliputi pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrument dan rekam medik.
  - e. Pelayanan Penunjang Non Klinik  
Pelayanan *laundry/linen*, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih.
  - f. Pelayanan Rawat Inap  
Pelayanan rawat inap harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:

1. Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah;
2. Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta;
3. Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta.

Adapun kebutuhan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Tipe B terdiri atas :

a. Tenaga Medis

Tenaga medis paling sedikit terdiri atas :

1. 12 (dua belas) dokter umum untuk pelayanan medik dasar;
2. 3 (tiga) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi dan mulut;
3. 3 (tiga) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar;
4. 2 (dua) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang;
5. 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain;
6. 1 (satu) dokter subspecialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspecialis; dan

7. 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

b. Tenaga Kefarmasian

Tenaga kefarmasian paling sedikit terdiri atas :

1. 1 (satu) orang apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit;
2. 4 (empat) apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian;
3. 4 (empat) orang apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian;
4. 1 (satu) orang apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
5. 1 (satu) orang apoteker di ruang ICU yang dibantu oleh paling sedikit 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
6. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit; dan
7. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit.

c. Tenaga Keperawatan

Jumlah, kualifikasi, dan kompetensi kebutuhan tenaga keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

d. Tenaga Kesehatan Lain dan Tenaga Non Kesehatan

Jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

## **2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial**

Pada tahun 2004 telah dikeluarkannya Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial telah diatur dengan Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dituangkan dalam berbagai peraturan sebagai turunan dari kedua Undang – Undang tersebut, baik dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes), Surat Edaran (SE) Menteri Kesehatan, Pedoman Pelaksanaan (Manlak), Petunjuk Teknis (Juknis), Panduan Praktis dan lain – lain.

### **1. Penyelenggaraan**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Terdapat unsur – unsur penyelenggara dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi :

- a. Regulator. Yang meliputi berbagai kementerian / lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).
- b. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Peserta JKN adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
- c. Pemberi Pelayanan Kesehatan. Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut).
- d. Badan Penyelenggara. Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

## 2. Prinsip – Prinsip Penyelenggaraan.

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) mengacu pada prinsip – prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu :

### a. Kegotongroyongan.

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

### b. Nirlaba.

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk laba.

### c. Keterbukaan, kehati – hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

### d. Portabilitas.

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

### e. Kepesertaan bersifat wajib.

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh



rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

f. Dana amanah.

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola dengan baik dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

g. Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial.

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk besar kepentingan peserta.

3. Peserta dan Kepesertaan.

a. Peserta dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi :

- 1) Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah.
- 2) Peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas 2 kelompok yaitu : Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan.
- 3) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu.
- 4) Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan adalah pekerja penerima upah dan anggota keluarganya. Pekerja bukan

penerima upah dan anggota keluarganya, serta bukan pekerja dan anggota keluarganya.

- b. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diberikan nomor identitas tunggal oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Bagi peserta: Askes sosial dari PT. Askes (Persero), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek, program Jamkesmas dan TNI/POLRI yang belum mendapatkan nomor identitas tunggal peserta dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), tetap dapat mengakses pelayanan dengan menggunakan identitas yang sudah ada.
- c. Anak pertama sampai dengan anak ketiga dari peserta pekerja penerima upah sejak lahir secara otomatis dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).
- d. Bayi baru lahir dari :
  - 1) Peserta pekerja bukan penerima upah;
  - 2) Peserta bukan pekerja;
  - 3) Peserta pekerja penerima upah untuk anak keempat dan seterusnya

Harus didaftarkan selambat – lambatnnya 3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari). Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum.

- e. Menteri Sosial berwenang menetapkan data kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Selama seseorang ditetapkan sebagai peserta

Penerima Bantuan Iuran (PBI), maka yang bersangkutan berhak mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

- f. Sampai ada pengaturan lebih lanjut oleh Pemerintah tentang jaminan kesehatan bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) maka gelandangan, pengemis, orang terlantar dan lain – lain menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Demikian juga untuk penghuni panti – panti sosial serta penghuni rutan / lapas yang miskin dan tidak mampu.

#### 4. Pendaftaran Peserta

##### a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan.

- 1) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan didaftarkan oleh Pemerintah sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Penduduk yang belum termasuk sebagai peserta jaminan kesehatan dapat diikutsertakan dalam program Jaminan Kesehatan pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) oleh pemerintah daerah provinsi atau pemerintah daerah kabupaten / kota.
- 2) Bayi yang lahir dari peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dicatat dan dilaporkan oleh fasilitas kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Mekanisme penetapan selanjutnya akan diatur oleh Kementerian Sosial.

##### b. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI).

- 1) Pemberi kerja mendaftarkan pekerjaannya atau pekerja yang bersangkutan dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan;
- 2) Pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS Kesehatan). Proses pendaftaran dapat dilakukan secara bertahap baik perorangan atau seluruh anggota keluarga.

Prosedur pendaftaran peserta dan tata cara perubahan daftar susunan keluarga / mutasi kepesertaan diatur lebih lanjut dalam Panduan Teknis Kepesertaan yang dikeluarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

#### 5. Hak dan Kewajiban Peserta

Setiap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak :

- a. Mendapatkan nomor identitas tunggal peserta.
- b. Memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).
- c. Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sesuai yang diinginkan. Perpindahan fasilitas kesehatan tingkat pertama selanjutnya dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan. Khusus bagi peserta: Askes sosial dari PT. Askes (Persero), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

(JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek, program Jamkesmas dan TNI/POLRI, 3 (tiga) bulan pertama penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ditetapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

d. Mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Setiap peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berkewajiban untuk :

- 1) Mendaftarkan diri dan membayar iuran, kecuali Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan pendaftaran dan pembayaran iurannya dilakukan oleh Pemerintah.
- 2) Mentaati prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan.
- 3) Melaporkan perubahan data kepesertaan kepada Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili, pindah kerja, menikah, perceraian, kematian, kelahiran dan lain – lain.

#### 6. Tahapan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Tahapan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan peta jalan (*roadmap*) menuju jaminan kesehatan semesta / *Universal Health Coverage (UHC)* di tahun 2019. Pada tahap awal kepesertaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai 1 Januari 2014 terdiri dari peserta PBI Jaminan Kesehatan (pengalihan dari program Jamkesmas). Anggota TNI dan PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya, Anggota POLRI dan PNS di lingkungan POLRI, dan anggota keluarganya, peserta asuransi

kesehatan sosial dari PT. Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, peserta jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek dan anggota keluarganya, peserta Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang telah berintegrasi dan peserta mandiri (pekerja bukan penerima upah dan pekerja penerima upah). Tahap selanjutnya sampai dengan tahun 2019 seluruh penduduk menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

### **2.3 Klaim**

Definisi klaim secara umum adalah permintaan peserta, ahli warisnya atau pihak lain yang terlibat perjanjian dengan perusahaan asuransi atas terjadinya kerugian sebagaimana yang telah dijanjikan (Anwar Khoiril, 2007). Sedangkan definisi klaim dilihat dari bidang asuransi kesehatan adalah suatu sistem kesehatan yang didanai dan dikelola oleh pemerintah secara nasional (tidak terdesentralisasi) namun sifat pengelolaannya merupakan JKN yang sebagian dibiayai dari kontribusi wajib oleh tenaga kerja dan pemberi kerja (Thabrany, 2014). Berdasarkan kedua pengertian tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa klaim asuransi kesehatan adalah sebuah permintaan yang dibuat oleh pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk perusahaan asuransi untuk meminta bayaran atas tindakan yang sudah dilakukan terhadap peserta asuransi mereka.

Klaim dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya melalui sebuah proses yang disebut administrasi klaim. Administrasi klaim adalah proses mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta – fakta tersebut dengan perjanjian kerjasama serta menentukan manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi. Tujuan utama dari

administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan poli (Suryana, 2016).

Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA – CBGs. Administrasi klaim dalam INA – CBGs adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh rumah sakit dan penilaian pelayanan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Administrasi klaim merupakan suatu kesatuan dimulai dari proses di rumah sakit mengajukan klaim sampai di BPJS Kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim dan pembayaran klaim. Rumah sakit akan mengajukan klaim dalam bentuk *hardcopy* untuk rekapitulasi dan *softcopy* untuk data individu klaim. Selanjutnya verifikasi dilakukan dengan menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Apabila sudah ada kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan (Kartika, 2014).

Secara umum dalam pelaksanaan pengajuan klaim terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak berkas klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta, yaitu :

1. Tepat waktu, klaim harus dibayar sesuai dengan waktu yang dijanjikan. Berdasarkan Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebutkan bahwa klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan akan dibayarkan paling lambat 15 hari setelah pengajuan klaim tersebut.

2. Tepat jumlah, klaim harus dibayarkan kepada peserta sesuai dengan santunan yang menjadi hak peserta atau ahli warisnya atau sesuai nilai kerugian.
3. Tepat orang, klaim dibayarkan harus benar – benar kepada orang yang berhak (Anwar Khoiril, 2007).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Noviatri & Sugeng, 2017) terkait analisis faktor penyebab keterlambatan penyerahan klaim BPJS di RS Panti Nugroho bahwa terdapat kendala – kendala keterlambatan penyerahan berkas klaim pasien rawat inap yang disebabkan karena proses pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho sudah lancar tetapi masih terdapat berkas klaim yang diserahkan terlambat. Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor *man* adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor *machine* adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA – CBGs. *Method* adalah karena implementasi SOP yang belum lancar. Faktor *materials* karena persyaratan yang tidak sesuai.

Pada penelitian lain yang dilakukan oleh (L.Nia et al., 2017) tentang proses pengelolaan klaim pasien BPJS unit rawat inap rumah sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari Tahun 2016 juga dikatakan bahwa proses pengelolaan klaim rawat inap dapat dilihat dari faktor – faktor seperti *matherials* pada tahap administrasi klaim, *man* pada SDM, dan *machine* pada *software* jenis aplikasi pendukung yang digunakan oleh petugas terkait dengan pengelolaan klaim BPJS. Untuk itu pembahasan klaim disini akan dijabarkan dari faktor proses pengajuan klaim itu sendiri serta faktor lain seperti *man*, *machine*, *materials*, dan *method*.



### **2.3.1 Proses Pengajuan Klaim JKN**

Pada Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebutkan bahwa klaim JKN dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. BPJS akan membayar biaya pelayanan sesuai dengan tarif INA – CBGs yaitu sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh menteri kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

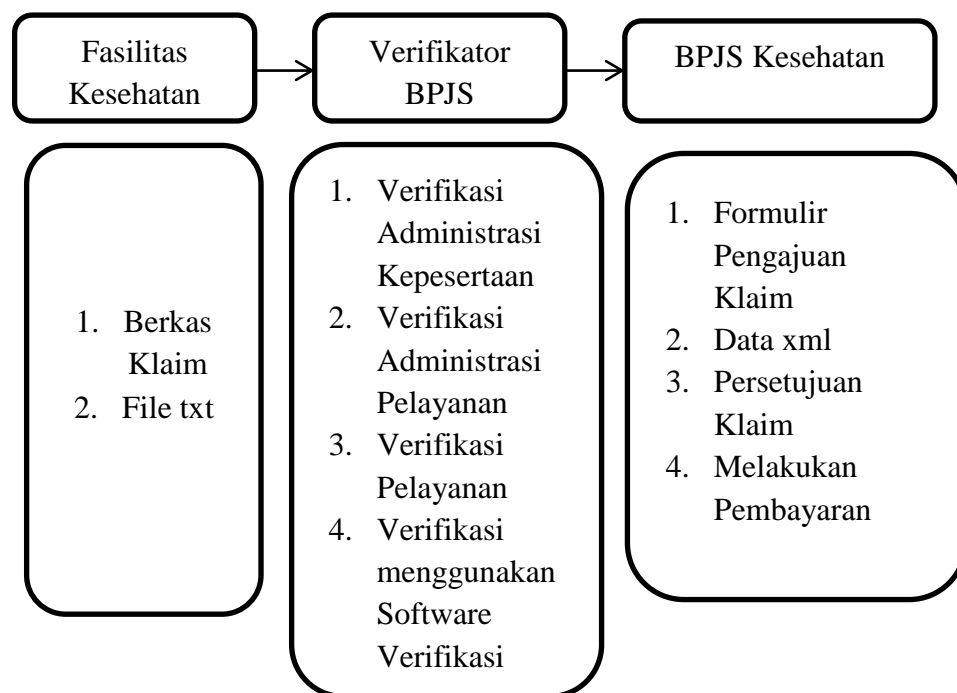
Pada Permenkes No. 28 Tahun 2014 juga disebutkan prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut diawali dengan pelayanan administrasi, yaitu sebagai berikut :

1. Peserta datang ke Rumah Sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus emergency, tanpa surat rujukan.
2. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
3. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis.
4. Apabila dokter spesialis atau subspesialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut, maka untuk kunjungan berikutnya pasien langsung ke FKRTL (tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu) dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.

5. Apabila dokter spesialis atau subspecialis memberikan surat keterangan rujuk balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung ke FKTP membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis/subspecialis.
6. Apabila dokter spesialis/subspecialis tidak memberikan surat keterangan sebagaimana dimaksud pada poin 4 dan 5 maka pada kunjungan berikutnya pasien harus melalui FKTP.

Setelah pelayanan administrasi, kelanjutan dari proses pengajuan klaim di fasilitas kesehatan berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS (2014) yaitu rekapitulasi pelayanan dan diakhiri dengan pemberian kode serta entri data melalui aplikasi INA - CBG menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang Juknis sistem INA - CBG. Sehingga fasilitas kesehatan nantinya menghasilkan berkas dan data klaim dalam bentuk txt berdasarkan Juknis verifikasi klaim (2014).

Gambar 1. 3 Alur Verifikasi Klaim BPJS



Sumber: Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS

## A. Verifikasi Administrasi

Berkas klaim yang akan diverifikasi meliputi :

### 1. Rawat Jalan

- 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 :
  - i. Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus.
  - ii. Resep alat kesehatan.
  - iii. Tanda teria alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dll).

### 2. Rawat Inap

- a. Surat perintah rawat inap
- b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- c. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
- d. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA – CBGs diperlukan tambahan bukti pendukung :
  - i. Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus untuk Onkologi.
  - ii. Resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, collar neck, korset, dll).
  - iii. Tanda terima alat bantu kesehatan.

3. Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :
  - a. Verifikasi Administrasi Kepesertaan. Adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA – CBGs.
  - b. Verifikasi Administrasi Pelayanan. Hal – hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah :
    - 1) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebut telah dijelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas.
    - 2) Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
    - 3) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur rumah sakit secara tertulis dan perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

#### B. Verifikasi Pelayanan

1. Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam Juknis INA – CBG.
2. 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.
3. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) termasuk rawat jalan.

4. 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, secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.
5. Pasien 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.
6. Pada kasus special CMGs, bukti pendukung adalah :
  - a. *Special Drugs* : *product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim.
  - b. *Special Procedure* : laporan asli.
  - c. *Special Prosthesis* : *product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim.
  - d. *Special Investigation* : expertise pemeriksaan.
  - e. *Special Chronic & Sub – acute* : instrument WHO DAS.
7. Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehabmedik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder diagnosa Z (kontrol).

C. Verifikasi dengan menggunakan aplikasi INA – CBGs

Berikut tahapan dalam melakukan verifikasi klaim dengan menggunakan aplikasi INA – CBG :

- a. Purifikasi data, purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi output data INA – CBG yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. purifikasi data yang terdiri dari :
  - 1) Nomer SEP
  - 2) Nomor Kartu Peserta
  - 3) Tanggal SEP
- b. Melakukan proses verifikasi administrasi Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit.
- c. Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending.
- d. Proses verifikasi lanjutan dilakukan dengan tujuh langkah dilaksanakan secara disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi *double* klaim. Verifikasi lanjutan terdiri dari :
  - 1) Verifikasi *double* klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RITL.
  - 2) Verifikasi *double* klaim RJTL yang dirujuk langsung ke RITL.
  - 3) Verifikasi *double* klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RJTL.
  - 4) Verifikasi klaim terhadap kode INA – CBGs berpotensi tidak benar.
  - 5) Verifikasi klaim terhadap kode diagnosa yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

6) Pemeriksaan bebas langkah verifikasi ini adalah pemeriksaan dengan alasan lain – lain untuk kasus – kasus yang tidak termasuk dalam kategori langkah – langkah sebelumnya, namun harus ditidaklayakkan karena alasan lain.

e. Finalisasi klaim.

### **2.3.2 Petugas Pelaksanaan Pelayanan Administrasi Klaim JKN**

Seperti yang telah diketahui bahwa dalam melaksanakan proses pengajuan berkas klaim JKN sudah dimulai sejak tahap pelayanan administrasi di bagian pendaftaran dan berakhir pada proses pemberian kode dan entri data, hal ini sesuai dengan Permenkes No. 28 Tahun 2014, pedoman teknis administrasi klaim fasilitas kesehatan (2014) dan Permenkes No. 27 Tahun 2014. Setiap proses tersebut dilakukan oleh petugas yang berbeda sesuai dengan peran petugas yang terlibat dalam proses pengajuan klaim di rumah sakit dari berbagai sumber, diantaranya :

#### **1. Petugas penerima pasien rawat inap**

Menurut (L.Nia et al., 2017) dari hasil penelitian tentang proses pengelolaan klaim pasien BPJS di unit rawat inap rumah sakit Dr. R. Ismoyo pertama pasien mendaftar ke loket pendaftaran dengan membawa kartu BPJS, kartu keluarga, KTP beserta surat rujukan dari puskesmas, setelah itu pasien diarahkan ke loket BPJS Center untuk pembuatan SEP (Surat Eligibilitas Peserta) ke rawat inap apabila dokter memperbolehkan untuk pulang dan kelengkapan berkasnya setelah selesai maka berkas pasien akan di bawah ke ruangan pengkodean untuk diklaimkan. Bahwa dalam verifikasi berkas klaim semua kelengkapan berkas

harus dilengkapi untuk diverifikasi dan diajukan ke pihak BPJS Center untuk diklaimkan dan dibayarkan ke pihak rumah sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari.

## 2. Petugas Rekapitulasi di Unit Rekam Medis

Menurut (L.Nia et al., 2017) dari hasil penelitian pada petugas rekapitulasi di unit rekam medis terjadi kurangnya pengetahuan dan pemahaman penyedia pelayanan kesehatan untuk melihat apakah polis asuransi valid atau tidaknya. Oleh sebab itu petugas yang bekerja di PPK harus lebih tanggap dan lebih berpengalaman untuk melihat keinginan dari asuransi yang bersangkutan. Pengelolaan klaim yang tidak efektif diakibatkan karena tenaga kerja yang tidak berpengalaman dan dapat menyebabkan permasalahan pada pengelolaan klaim dan pembayaran klaim oleh pihak asuransi sehingga menyebabkan permasalahan pada arus kas rumah sakit.

Sumber Daya Manusia (SDM) berdasarkan hasil penelitian rumah sakit di Dr. R. Ismoyo didapatkan bahwa jumlah petugas yang bertugas mengurus klaim dari pihak Rumah Sakit ada 5 orang dan 1 orang dari pihak BPJS Kesehatan yang bertugas di Rumah Sakit. Untuk SDM belum sesuai karena petugas rekam medis tersebut bukan lulusan perekam medis. Di rumah sakit terdapat satu orang lulusan D3 Rekam Medik. Perekam medis harus memiliki kualifikasi yaitu DIII Rekam Medis, DIV Rekam Medis/Sarjana Terapan Rekam Medis, Sarjana Rekam Medis, dan Magister Rekam Medis. Dalam hal ini Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo dalam penyelenggaraan Rekam Medis masih memiliki kekurangan petugas rekam medis.

Sesuai dengan tujuan dari penelitian bahwa pengelolaan klaim dapat berjalan dengan lancar jika petugas yang berhubungan langsung dengan klaim



memiliki pemahaman dan keterampilan yang baik sehingga klaim dapat diproses dengan baik. Jika petugas klaim tidak memiliki pengetahuan dan pemahaman yang baik dapat menyebabkan kesulitan dalam proses klaim yang dapat mengakibatkan terganggunya arus kas rumah sakit.

Hubungan kelengkapan dokumen rekam medis terhadap persetujuan klaim jamkesmas oleh verifikator dengan sistem INA – CBGs periode triwulan IV tahun 2011 di RSI Sultan Agung menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap jamkesmas dengan persetujuan klaim jamkesmas. Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dilakukan. Rekam medis berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dimiliki oleh setiap pasien dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu, rekam medis yang lengkap harus diisi dengan lengkap dan jelas tentang semua pelayanan yang diberikan kepada pasien. Waktu pengembalian berkas rekam medis rawat inap adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh petugas bagian instalasi rawat inap setelah menyelesaikan dan mengisi berkas rekam medis secara lengkap dan dikembalikan dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang (Ulfah, Kresnowati, & Ernawati, 2011).

### 3. Petugas Coding

Koding atau pengkodean merupakan salah satu proses yang terdapat dalam proses pengajuan klaim di rumah sakit. Menurut Depkes RI (2006) coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Dalam hal ini pengkodean dilakukan oleh koder atau petugas koding. Keakuratan dalam pengkodean adalah

tanggung jawab dari koder yang merupakan petugas rekam medis. Peran koder yaitu terdiri dari :

- a. Membuat kode diagnosa sesuai *convention* ICD – 10
- b. Membuat kode prosedur sesuai *convention* ICD – 9 –CM
- c. Menghubungi dokter jika terdapat masalah dalam membuat kode
- d. Melaporkan masalah pengkodean kepada ketua Pokja Coding disertai dengan barang bukti.
- e. Bersama – sama dengan tim *casemix* rumah sakit melakukan audit kelengkapan rekam medis (Kartika, 2014).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Utami, 2015) tentang faktor – faktor yang mempengaruhi kecepatan dan ketepatan coding dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh :

- a. Tenaga medis

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya klinik, yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Data klinik riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan di koding oleh petugas koding di bagian rekam medis. Beberapa hal yang dapat menyulitkan petugas koding antara lain adalah penulisan diagnosis tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan.

- b. Petugas Coder

Kunci utama dalam pelaksanaan koding adalah *coder* atau petugas coding. Akurasi koding (penentuan kode) merupakan tanggung jawab tenaga rekam medis, khususnya tenaga koding. Kualitas petugas koding di URM di RS menurut (Nuswantoro et al., 2013) peran *coder* dalam proses koding bersifat sentral, karena sangat menentukan tingkat akurasi kode diagnosis penyakit atau prosedur medis. Pengetahuan akan tata cara koding serta ketentuan – ketentuan ICD – 10 akan membuat *coder* dapat menentukan kode dengan lebih akurat.

c. Tenaga Kesehatan Lainnya.

Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis di instalasi rawat jalan dan rawat inap atas kerja sama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada di masing – masing instalasi kerja tersebut, yang meliputi kelengkapan pengisian asuhan keperawatan (Perawat), hasil pemeriksaan laboratorium dan lain sebagainya.

### **2.3.3 Teknologi Informasi dalam Proses Pengajuan Klaim JKN**

Menurut (Abdul Kadir, 2014) teknologi informasi baik secara implisit maupun eksplisit tidak sekadar berupa teknologi komputer, tetapi juga mencakup teknologi telekomunikasi. Dengan kata lain, yang disebut teknologi informasi adalah gabungan antara teknologi komputer dan teknologi telekomunikasi. Sistem informasi memberikan nilai tambah terhadap proses, produksi, kualitas, manajemen, pengambilan keputusan dan pemecahan masalah, serta keunggulan kompetitif yang tentu saja sangat berguna bagi kegiatan bisnis.

Sebenarnya pemerintah memang sudah menganjurkan setiap rumah sakit untuk menerapkan sistem informasi di rumah sakit atau lebih dikenal dengan

sebutan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM – RS), yang tertuang pada PMK No. 82 Tahun 2013 tentang SIM RS bahwa sistem informasi kesehatan merupakan seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.

Pada pelaksanaan JKN teknologi informasi sangat dibutuhkan terutama sistem informasi kesehatan pada pencatatan rekam medis yang akurat dan komprehensif serta penggunaan sistem komputerisasi dan teknologi computer yang dapat mempermudah sistem pembayaran INA – CBGs (Hasbullah Thabrany, 2014). Selain itu, sistem rekam medis yang terkomputerisasi juga dapat membantu mempercepat pengumpulan berkas JKN. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Artanto, 2016) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo telah diberlakukan resume medis elektronik sebagai salah satu berkas klaim ke BPJS. Resume medis ini diketik di komputer dengan format yang telah ditentukan sesuai Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal (4) Ayat 2. Dalam resume medis elektronik isi resume medis diketik oleh *case manager* sesuai dengan uraian tulisan yang ditulis DPJP pada resume medis manual. Resume medis elektronik dibuat dengan tujuan untuk memperjelas keterangan yang ada di resume medis manual.

Pada Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem INA – CBGs juga disebutkan bahwa proses administrasi klaim JKN menggunakan aplikasi INA – CBGs aplikasi tersebut merupakan alat yang digunakan oleh

petugas klaim untuk proses penginputan data dan pemberian kode tindakan serta diagnosa atas peserta JKN yang sudah mendapatkan pelayanan. Hal ini dilakukan dengan tujuan sebagai berikut :

1. Menghasilkan data base pelayanan kesehatan pada jenjang Rumah Sakit.
2. Melakukan proses rekapitulasi klaim yang selanjutnya berkas rekapitulasi akan dikirim ke BPJS Kesehatan sebagai bahan dasar dalam melakukan verifikasi klaim JKN.

Selain itu, sistem INA – CBGs juga ditunjuk sebagai petugas verifikasi klaim dalam rangka melakukan proses verifikasi atas klaim yang diajukan oleh rumah sakit untuk menghasilkan data base individual klaim yang terverifikasi pada jenjang BPJS cabang kemudian teregistrasi di pusat. Serta data base ini akan berperan penting dalam proses klaim serta dimanfaatkan untuk telaah utilisasi, update tarif INA – CBGs dan lainnya (Kartika, 2014).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (L.Nia et al., 2017) sistem pemrosesan klaim secara elektronik dapat meninjau dan melakukan pemeriksaan asuransi kesehatan. Sistem pemrosesan klaim secara elektronik termasuk sistem manfaat, sistem pemeriksaan otomatis, sistem pembayaran dan sistem pelacakan pembayaran. Sistem pembayaran dilakukan kepada penyedia pelayanan kesehatan dengan menggunakan transfer dana secara elektronik. Pembayaran sistem pelacakan memungkinkan penyedia pelayanan kesehatan untuk dapat memantau status pembayaran klaim setelah pengiriman. Pembayaran yang dilakukan disertai dengan kode ringkasan diagnostic (DRG) dan pengobatan yang menggambarkan

kondisi pasien serta perawatan yang diberikan. Verifikasi berkas klaim yang dilakukan pihak BPJS berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa klaim yang diterima dari pihak Rumah Sakit dilakukan pengecekan ulang berupa verifikasi administrasi dan verifikasi lanjutan untuk menghindari adanya error verifikasi dan double klaim. Pembayaran yang dilakukan oleh pihak BPJS menggunakan metode INA – CBGs. Aplikasi secara terkomputerisasi dapat mempermudah dalam melakukan verifikasi hingga melakukan pembayaran.

Berdasarkan media internal resmi BPJS Kesehatan Edisi X tahun 2014 diketahui adanya *bridging system* merupakan salah satu pengembangan teknologi informasi dengan penggunaan aplikasi berbasis *web service* yang menghubungkan sistem pelayanan kesehatan menjadi satu. Hal ini diharapkan dapat membantu meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun puskesmas. Bagi rumah sakit sistem ini dapat menghemat sumber daya manusia, kecepatan pengisian data dan kecepatan proses pengajuan klaim yang sedang ditangani. Sedangkan keuntungan dari BPJS Kesehatan, *bridging system* membuat akurasi data menjadi lebih baik serta proses verifikasi dan pengolahan data jadi lebih cepat.

Menurut penelitian (Noviatri & Sugeng, 2017) tentang analisis faktor penyebab keterlambatan penyerahan klaim BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho bahwa petugas terkendala pada server dari BPJS yang sering down sehingga petugas tidak dapat mengecek keanggotaan pasien dan *bridging system* terbatas pada aplikasi SEP saja.

Serta menurut (Hendarwan, 2018) didalam buku yang berjudul Harapan, Kenyataan, dan Solusi JKN dalam Rangkaian Diskusi Panel Indonesia Healthcare Forum, dijelaskan bahwa salah satu upaya yang dilakukan untuk mempercepat verifikasi adalah mengembangkan sistem teknologi informasi yang mampu menyediakan sistem verifikasi yang cepat, tepat, dan transparan. Kondisi pada tahun 2016, verifikasi belum sepenuhnya berbasis IT (khususnya *feedback* hasil verifikasi) dan masih berdiri sendiri dimana belum semua Rumah Sakit terintegrasi dengan SIMRS dan Sistem JKN lainnya. Oleh karena itu, solusinya adalah membangun sistem verifikasi terintegrasi.

#### **2.3.4 Kebijakan dalam Klaim JKN**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Kulo et al., n.d.) tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana dari program JKN di RSUD Datoe Bingangan, terdapat beberapa kebijakan tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional yang didalamnya terdapat penjelasan sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan, seperti :

1. Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
2. Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
3. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
6. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem Indonesian Case Base Group's (INA – CBGs).
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya Dalam Proses Jaminan Kesehatan.

Selain kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah, terdapat juga kebijakan yang sifatnya lokal dan hanya digunakan di institusi. Hal ini terlihat pada penelitian yang dilakukan oleh (Cahyaningtyas, 2012) bahwa ketidakdisiplinan petugas terkait peraturan yang ditentukan oleh rumah sakit menjadi sebuah masalah akibat tidak ada SOP yang terkait tentang penagihan klaim pasien JPK Gakin dan SKTM. Hal serupa disebutkan pula pada penelitian (Puri Feriawati, 2015) bahwa di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Semarang belum terdapat Standar Operasional Prosedur yang mengatur prosedur pendaftaran maupun prosedur pengklaiman khusus untuk pasien BPJS. Kejadian serupa juga disebutkan pada penelitian (Noviatri & Sugeng, 2017) bahwa di Rumah Sakit



Panti Nugroho sudah terdapat SOP namun masih terdapat kendala pada pengimplementasiannya.

Menurut (Soemohadiwidjojo, 2014) Standar Operasional Prosedur (SOP) yang merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar. Secara luas SOP dapat diartikan sebagai dokumen yang menjabarkan aktivitas operasional sebuah organisasi. Sedangkan dalam arti sempit SOP merupakan salah satu jenis dokumen dalam sebuah sistem tata kerja yang digunakan untuk mengatur kegiatan operasional antar bagian atau fungsi dalam sebuah organisasi agar kegiatan tersebut dapat terlaksana secara sistemik. Penggunaan SOP dalam organisasi bertujuan untuk memastikan organisasi beroperasi secara konsisten, efektif, efisien, sistematis dan terkelola dengan baik, untuk menghasilkan produk yang memiliki mutu konsisten sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Implementasi SOP dalam organisasi dimaksudkan agar organisasi dapat menghadapi tantangan sebagai berikut :

1. Tingkat kesulitan kegiatan operasional organisasi semakin tinggi sehingga risiko terjadinya kesalahan atau penyimpangan juga semakin tinggi.
2. Semakin banyak persyaratan dan peraturan perundang – undangan yang harus dipatuhi organisasi.
3. Pelanggan yang semakin kritis dengan tuntutan mutu produk organisasi yang konsisten atau semakin baik.

## 2.4 Penyebab Pengembalian Berkas Klaim

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak bisa diklaimkan. Keterlambatan pengajuan klaim dan berkas yang *unclaimed* ini menyebabkan kerugian material bagi rumah sakit. Dalam proses klaim BPJS Kesehatan, Unit Rekam Medis merupakan salah satu unit yang sangat penting dalam menghasilkan informasi untuk mendukung proses klaim BPJS (Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial & RSUD Kartini Jepara Irmawati Anton Kristijono Edy Susanto Yela Belia Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang Jl Tirto Agung, 2017).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (L.Nia et al., 2017) bahwa kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, yaitu sebagai berikut: formulir pengajuan klaim, softcopy luaran aplikasi, kwitansi asli bermaterai, bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, dan kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing – masing tagihan klaim.

Selain itu menurut (Hendarwan, 2018) didalam buku yang berjudul Harapan, Kenyataan, dan Solusi JKN dalam Rangkaian Diskusi Panel Indonesia Healthcare Forum, dijelaskan bahwa masalah – masalah yang dialami rumah sakit dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional antara lain adalah tingginya tagihan yang ditolak (reject), lamanya proses verifikasi, dan penetapan lebih bayar secara sepihak. Keterlambatan verifikasi juga dapat disebabkan oleh berbagai permasalahan dalam hal pengajuan klaim. Apabila klaim yang diajukan dapat dikategorikan menjadi 2 jenis, administrasi klaim baik (tidak bermasalah) dan administrasi klaim bermasalah. Administrasi klaim baik (tidak bermasalah) maka penyelesaian klaim dapat dilakukan sesuai *Service Level Agreement* (SLA) dalam kontrak. Namun, bila administrasi klaim bermasalah maka penyelesaian klaim dilakukan melalui mekanisme klaim bermasalah, sesuai SLA. *Service Level Agreement* atau Perjanjian Tingkat Layanan adalah kontrak antara penyedia layanan dengan klien, dan dapat melibatkan perjanjian secara hukum.

Keterlambatan pencairan klaim di rumah sakit tidak terlepas dari beberapa permasalahan di setiap simpul. Dari faktor petugas rumah sakit dapat terjadi ketidak teraturan waktu pengajuan klaim dan adanya klaim susulan. Saat verifikasi klaim juga dapat terjadi ketidaklengkapan berkas pendukung klaim, ketidaksesuaian kaidah coding, dan adanya kondisi tertentu yang belum diatur dalam peraturan.

Terdapat beberapa kemungkinan terhadap berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit yaitu :

1. Dikembalikan oleh verifikator ke rumah sakit dengan alasan konfirmasi, negosiasi, dan atau melengkapi berkas.
2. Disetujui untuk pembayaran klaim.
3. *Dispute*. Bila terjadi *dispute* maka dilakukan mekanisme penatalaksanaan klaim *dispute*.

Dari beberapa sumber jurnal penelitian yang telah ditemukan, bahwa menurut penelitian yang dilakukan oleh (Noviatri & Sugeng, 2017) terdapat penyebab keterlambatan penyerahan klaim pada pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho ini diuraikan berdasarkan 3 unsur manajemen yaitu:

1. *Man*.

Faktor *man* merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Faktor *man* yang menyebabkan keterlambatan dalam pelaksanaan klaim BPJS ditemui pada petugas verifikator kelengkapan awal yang tidak diteliti dalam mengecek persyaratan pasien, dokter tidak lengkap mengisi resume, dan petugas pengodean yang melakukan kegiatan lain.

2. *Machines*

*Machines* yang digunakan petugas terkendala pada server dari BPJS yang sering down sehingga petugas tidak dapat mengecek keanggotaan pasien dan *bridging system* terbatas pada aplikasi SEP saja.

3. *Method*

Di Rumah Sakit Panti Nugroho sudah terdapat SOP namun masih terdapat kendala pada pengimplementasiannya.

Adapun upaya solusi yang dilakukan petugas untuk mengatasi keterlambatan penyerahan klaim dalam pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho sebagai berikut :

1. Upaya yang dilakukan petugas dalam mengatasi penyebab keterlambatan dari faktor *man* adalah memberikan informasi kepada pasien agar kedepannya pasien membawa persyaratan dengan lengkap. Petugas pengodean berkomunikasi dengan dokter agar dokter segera melengkapi resume pasien. Petugas rekam medis juga mengupayakan diadakan perekrutan tenaga rekam medis.
2. Upaya dalam mengatasi penyebab keterlambatan dalam faktor *machine* adalah petugas melakukan *back-up* data secara rutin dan berkomunikasi dengan pihak BPJS. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2013 tentang petunjuk teknis sistem INA – CBGs.
3. Petugas membentuk tim BPJS merupakan upaya yang dilakukan petugas dalam mengatasi penyebab keterlambatan pada faktor *method* yang terdiri dari penanggung jawab BPJS, koder, dan pihak manajemen untuk melakukan sosialisasi dan evaluasi terkait peraturan dari pihak BPJS. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem INA – CBGs yaitu membentuk tim *case mix* / tim INA – CBGs rumah sakit akan menjadi penggerak membantu melakukan sosialisasi, monitoring, dan evaluasi implementasi INA – CBGs di rumah sakit.

Terdapat penelitian lain yang mengungkapkan tentang faktor – faktor yang melatar belakangi penolakan klaim BPJS oleh verifikator BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015, yaitu sebagai berikut :

1. Adanya ketidak lengkapan terhadap dokumen – dokumen yang akan diajukan dalam klaim kepada verifikator BPJS.

Data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh :

- a) Tidak adanya surat rujukan.
- b) Pasien tidak menyerahkan fotocopy kartu keluarga.
- c) Diagnosa ketergantungan zat.

Pelaksanaan untuk pengajuan klaim di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah pada dasarnya sudah sesuai dengan standar dari Departemen Kesehatan, namun dalam pelaksanaan masih ditemukan kendala yang menghambat proses pengajuan klaim. Hal ini disebabkan data yang akan diklaimkan tidak lengkap atau belum memenuhi persyaratan pengajuan klaim.

Upaya yang telah dilakukan oleh peneliti ini adalah memberikan saran atau masukan yang ditujukan kepada manajemen rumah sakit yaitu sebagai berikut :

1. Adanya penempelan / pemasangan informasi tentang syarat – syarat pendaftaran pasien BPJS di pasang ditempat yang strategis. Sehingga pasien BPJS sudah mengetahui apa saja yang harus dilengkapi pada saat mendaftar di rumah sakit.
2. Adanya pemasangan/penempatan informasi syarat pendaftaran pasien BPJS di Puskesmas.

3. Menyiapkan *check list* kecil untuk pasien yang berisi tentang persyaratan BPS meliputi fotocopy KTP, fotocopy kartu BPJS, fotocopy KK, surat rujukan asli yang diberikan pada saat pasien mendaftar dan petugas selalu mengingatkan agar selalu melengkapi syarat – syarat sebagai pasien peserta BPJS.

## 2.5 Fishbone Diagram

Fishbone diagram sering disebut juga sebagai *ishikawa diagram*. Diperkenalkan oleh Dr. Kaoru Ishikawa, seorang ahli pengendalian kualitas dari Jepang sebagai satu dari tujuh alat kualitas dasar (*7 basic quality tools*). *Fishbone diagram* digunakan ketika kita ingin mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah dan terutama ketika sebuah *team* cenderung jatuh berpikir pada rutinitas (Tague, 2005).

*Fishbone diagram* akan mengidentifikasi berbagai sebab potensial dari satu efek atau masalah, dan menganalisis masalah tersebut melalui sesi *brainstorming*. Masalah akan dipecah menjadi sejumlah kategori yang berkaitan, mencakup manusia, material, mesin, prosedur, kebijakan, dan sebagainya. Setiap kategori mempunyai sebab – sebab yang perlu diuraikan melalui sesi *brainstorming*.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Yazdani & Tavakkoli-Moghaddam, 2012) mengatakan *today's transformation of the world and increase of global competitions have forced organizations to present products with lower prices, higher quality and more reliability. Deming believes that we should always improve production systems and services continuously in order to improve*

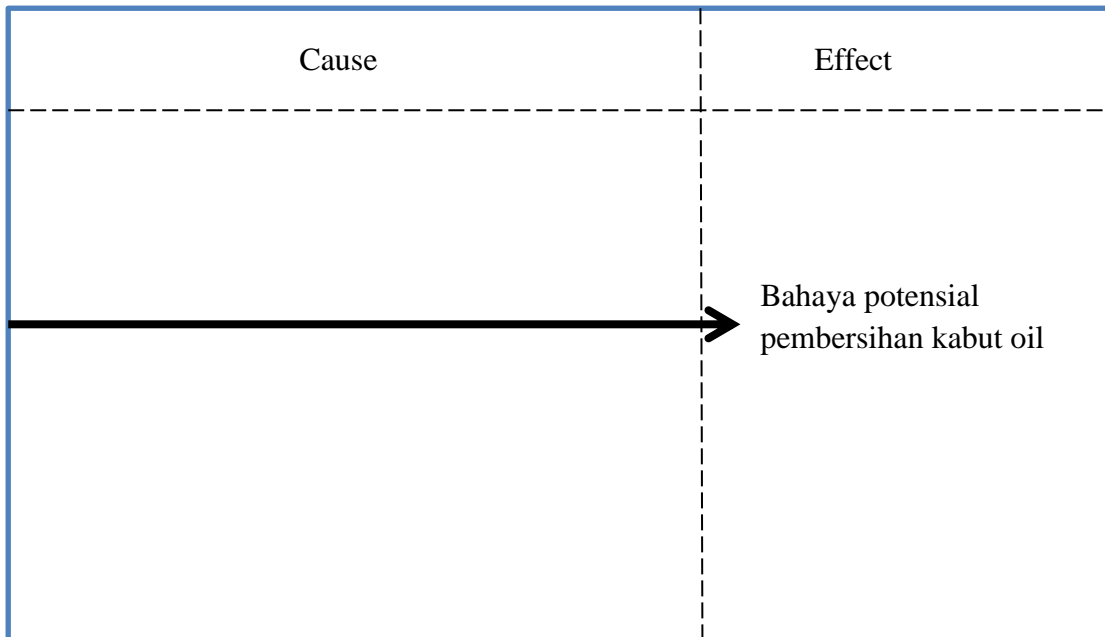
*quality and productivity and reduce costs ingreasly. Consultation is the basic of decision making. The Danish's proverb says "before you answer, do consult with someone but before you decide, consult al least with some people. Group thinking and decision making are suitable tools for reducing possible errors in decision making and improving efficiency of organizations, utilization of scientific decisions making tools, such as brainstorming and fishbone diagram. These tools can help to prioritize actions considerably and can be effective in increasing the value of those actions. Brainstorming is used for creativity and activating group thinking. Fishbone charts specify the reasons of matters happen in a clear manner.*

Untuk lebih jelasnya akan diuraikan prosedur atau langkah – langkah pembuatan *fishbone diagram* menurut Eris Kusnadi (2011) yaitu :

1. Langkah 1 : Menyepakati pernyataan masalah

Sepakati sebuah pernyataan masalah (*problem statement*). Pernyataan masalah ini diinterpretasikan sebagai "effect" atau secara visual dalam *fishbone* seperti kepala ikan. Tuliskan masalah tersebut di tengah *whiteboard* di sebelah paling kanan, misal: "bahaya potensial pembersihan kabut oli". Gambarkan sebuah kotak mengelilingi tulisan pernyataan masalah tersebut dan buat panah horizontal panjang menuju ke arah kotak.





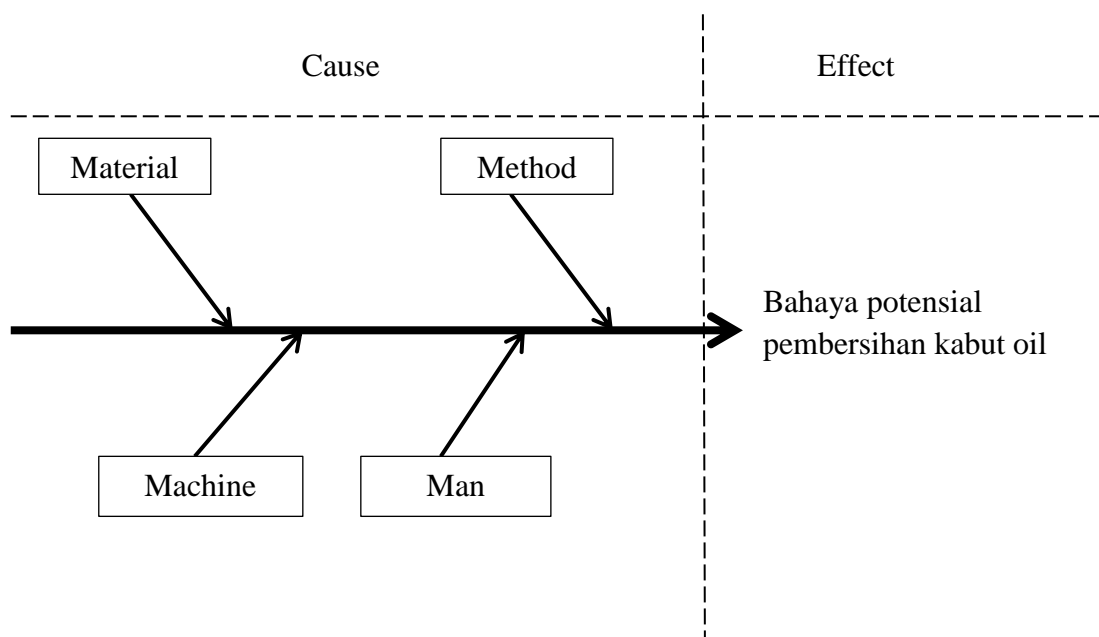
## 2. Langkah 2 : Mengidentifikasi kategori – kategori

Dari garis horizontal utama, buat garis diagonal yang menjadi “cabang”. Setiap cabang mewakili “sebab utama” dari masalah yang ditulis. Sebab ini diinterpretasikan sebagai “cause” atau secara visual dalam *fishbone* seperti “tulang ikan”. Kategori sebab utama mengorganisasikan sebab sedemikian rupa sehingga masuk akal dengan situasi. Kategori – kategori ini antara lain :

- a. Kategori 6M yang biasa digunakan dalam industry manufaktur:
  - 1) *Machine* (mesin atau teknologi).
  - 2) *Method* (metode atau proses)
  - 3) *Material* (termasuk *raw material*, *consumption*, dan informasi)
  - 4) *Man power* (tenaga kerja atau pekerja fisik) / *mind power* (pekerjaan pikiran: kaizen, saran, dan sebagainya).
  - 5) *Measurement* (pengukuran atau inspeksi), dan
  - 6) *Milieu / Mother* (lingkungan).
- b. Kategori 8P yang biasa digunakan dalam industry jasa :
  - 1) *Product* (produk/jasa)

- 2) *Price* (harga)
  - 3) *Place* (tempat)
  - 4) *Promotion* (promosi atau hiburan),
  - 5) *People* (orang)
  - 6) *Process* (proses)
  - 7) *Physical evidence* (bukti fisik), dan
  - 8) *Productivity & Quality* (produktivitas dan kualitas)
- c. Kategori 5S yang biasa digunakan dalam industry jasa :
- 1) *Surrounding* (lingkungan)
  - 2) *Suppliers* (pemasok)
  - 3) *Systems* (sistem)
  - 4) *Skills* (keterampilan), dan
  - 5) *Safety* (keselamatan)

Kategori diatas hanya sebagai saran, selain itu bisa menggunakan kategori lain yang dapat membantu mengatur gagasan – gagasan. Jumlah kategori biasanya sekitar 4 sampai dengan 6 kategori.

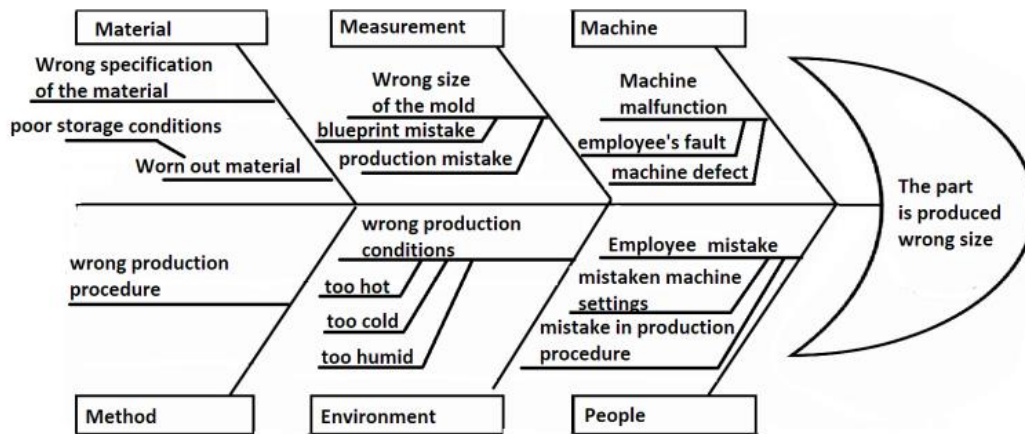


3. Langkah 3 : Menemukan sebab – sebab potensial dengan cara brainstorming

Setiap kategori mempunyai sebab – sebab yang perlu diuraikan melalui sesi *brainstorming*. Saat sebab – sebab dikemukakan, tentukan bersama dimana sebab tersebut harus ditempatkan, misal: “mengapa bahaya potensial? Penyebab: karyawan tidak mengikuti prosedur”. Karena penyebabnya karyawan (manusia), maka diletakkan di bawah “man”. Sebab – sebab ditulis dengan garis horizontal sehingga banyak “tulang” kecil keluar dari garis diagonal. Pertanyakan kembali “mengapa sebab itu muncul?” sehingga “tulang” lebih kecil (sub – sebab) keluar dari garis horizontal tadi, misal: “mengapa karyawan disebut tidak mengikuti prosedur?”. Satu sebab bisa ditulis di beberapa tempat jika sebab tersebut berhubungan dengan beberapa kategori.

4. Langkah 4 : Mengkaji dan menyepakati sebab – sebab yang paling mungkin.

Setelah setiap kategori diisi carilah sebab yang paling mungkin di antara semua sebab – sebab dan sub – subnya. Jika ada sebab – sebab yang muncul pada lebih dari satu kategori, kemungkinan merupakan petunjuk sebab yang paling mungkin. Kaji kembali sebab – sebab yang telah didaftarkan (sebab yang tampaknya paling memungkinkan) dan tanyakan. Lingkarilah sebab yang tampaknya paling memungkinkan pada *fishbone diagram*.



## 2.6 Focus Group Discussion (FGD)

Berdasarkan jurnal yang ditulis oleh (Indrizal, n.d.) *Focus Group Discussion* (FGD) atau diskusi kelompok terarah merupakan bentuk kegiatan pengumpulan data melalui wawancara kelompok dan pembahasan dalam kelompok sebagai alat/media paling umum digunakan. Berkenaan dengan itu setiap fasilitator lapangan dalam kegiatan pemandirian atau pemberdayaan masyarakat dianjurkan juga untuk memahami dan menguasai penggunaan metode FGD ini.

FGD biasa juga disebut sebagai metode dan teknik pengumpulan data kualitatif dengan cara melakukan wawancara kelompok. FGD merupakan metode dan teknik pengumpulan data atau informasi dengan pemanfaatannya di dalam ilmu – ilmu sosial dan juga kedokteran.

### 2.6.1 Karakteristik FGD

1. FGD diikuti oleh para peserta yang idealnya terdiri dari 7-11 orang. Kelompok tersebut harus cukup kecil agar memungkinkan setiap individu mendapat kesempatan mengeluarkan pendapatnya sekaligus agar cukup memperoleh pandangan dari anggota kelompok yang bervariasi. dalam jumlah relative terbatas ini diharapkan juga

penggalan masalah melalui diskusi atau pembahasan kelompok dapat dilakukan secara relative lebih memadai. Kenapa jumlahnya lebih baik berbilangan ganjil, agar manakala FGD harus mengambil keputusan yang akhirnya perlu *voting* sekalipun. Namun harus dipahami, soal jumlah ini bukanlah pembatasan yang mengikat atau mutlak sifatnya.

2. Peserta FGD terdiri dari orang – orang dengan ciri – ciri yang sama atau relatif homogen yang ditentukan berdasarkan tujuan dan kebutuhan studi. Kesamaan ciri – ciri ini seperti tingkat pendidikan, atau status pekerjaan.
3. FGD bertujuan untuk menggali dan memperoleh beragam informasi tentang masalah atau topik tertentu yang sangat mungkin dipandang secara berbeda – beda dengan penjelasan yang berbeda pula. Kecuali masalah atau topik yang didiskusikan tentang pemecahan masalah, maka FGD tentu berguna untuk mengidentifikasi berbagai strategi dan pilihan – pilihan pemecahan masalah.
4. FGD adalah metode dan teknik pengumpulan data kualitatif. Oleh sebab itu di dalam metode FGD biasanya digunakan pertanyaan terbuka yang memungkinkan peserta memberi jawaban dengan penjelasan. Fasilitator berfungsi selaku moderator yang bertugas sebagai pemandu, pendengar, pengamat dan menganalisa data secara induktif.
5. Topik diskusi ditentukan terlebih dahulu. Pertanyaan dikembangkan sesuai topik dan disusun secara berurutan atau teratur alurnya agar

mudah dimengerti peserta. Fasilitator mengarahkan diskusi dengan menggunakan panduan pertanyaan tersebut.

6. Lamanya waktu yang dibutuhkan untuk melakukan FGD ini berkisar antara 60 sampai dengan 90 menit. Jika waktu terlalu pendek dikhawatirkan diskusi dan pembahasan masih terlalu dangkal sehingga data yang diperoleh sangat terbatas.
7. Dalam suatu studi yang menggunakan FGD ini dilakukan beberapa kali. Jumlahnya tergantung tujuan dan kebutuhan dari pertimbangan teknis seperti ketersediaan dana dan apakah masih ada informasi baru yang perlu dicari.
8. FGD sebaiknya dilaksanakan di suatu tempat atau ruang netral disesuaikan dengan pertimbangan utama bahwa peserta dapat secara bebas dan tidak merasa takut untuk mengeluarkan pendapatnya.

## **2.7 Kerangka Teori**

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dijabarkan maka dibuat kerangka teori yang sesuai dengan tujuan penelitian ini yaitu untuk menganalisis secara mendalam mengenai faktor – faktor yang mempengaruhi berkas klaim rawat inap yang direvisi di Rumah Sakit Islam Surabaya. Untuk mencari sumber penyebab masalahnya peneliti menggunakan metode *Fishbone*. Metode *fishbone* ini menggambarkan garis dan simbol – simbol yang menunjukkan hubungan antara akibat dan penyebab suatu masalah. Metode ini digunakan untuk mengetahui akibat dari suatu masalah untuk selanjutnya diambil langkah tindakan perbaikan. (UPI Repository).

Pada penelitian ini kategori yang digunakan hanya empat M, yaitu *man*, *materials*, *method*, dan *machine*. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Noviatri & Sugeng, 2017) tentang analisis faktor penyebab keterlambatan penyerahan klaim BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho. Menurut hasil penelitiannya (Noviatri & Sugeng, 2017) faktor – faktor penyebabnya keterlambatan klaim berasal dari faktor *man* adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor *machine* adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA – CBGs. *Method* adalah karena implementasi SOP yang belum lancar. Dan faktor *materials* karena persyaratan yang tidak sesuai. Pada penelitian ini faktor yang digunakan yaitu petugas pelaksana administrasi JKN, teknologi informasi, berkas yang sesuai dengan proses klaim, dan kebijakan yang digunakan, pengajuan berkas klaim dalam sistem pengajuan berkas klaim.

Untuk proses pengajuan berkas klaim JKN diambil dari ketentuan Permenkes No.28 Tahun 2018, Pedoman Teknis Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2014, dan Permenkes No.27 Tahun 2014. Proses pengajuan berkas klaim di fasilitas kesehatan tingkat lanjut diawali dengan pelayanan administrasi, pemberian pelayanan medis, dan pemberian kode serta entri data klaim melalui INA – CBGs. Berikut kerangka teori yang digunakan pada penelitian:

Gambar 2. 1 Kerangka teori

