

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Klaim**

Dalam Kamus Bahasa Klaim menyatakan bahwa pengakuan suatu fakta bahwa seseorang individu berhak untuk memiliki atau mempunyai atas sesuatu, dalam konsep klaim berkembang sesuai dengan perkembangan model asuransi kesehatan, pada sistem asuransi kesehatan sistem pembayaran yang dilakukan oleh asuransi komersial(*indemnity*) adalah dengan sistem *free for service* kepada pemberi layanan kesehatan, pada konsep *managed care* yang berorientasi pada pengendalian mutu sesuai dengan indikasi medis biaya dengan pembayaran *prospektif (Prepayment)*, pembayaran prospektif itu sendiri ada 2 macam yang pertama pembayaran yang dilakukan dan pembayaran setelah layanan diberikan, akan tetapi besaran biayanya sudah disepakati dari awal (Thabrany,2014).

Klaim adalah sesuatu yang mana tertanggung menyatakan kerugian dan memberikan bukti yang diperlukan, dan perusahaan asuransi menerima klaim serta memberikan manfaat untuk menggambarkan proses tersebut(Pamjaki, 2014).

Menurut Peraturan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan nomor 7 tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Pengelolaan Jaminan Kesehatan klaim manfaat pelayanan kesehatan selanjutnya disebut klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Menurut Ilyas,(2011) definisi klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya terpenuhi, salah satu dari pihak yang melakukan ikatan tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian atau provisi polis yang disepakati bersama oleh kedua pihak.

Tujuan klaim (Ilyas, 2006) adalah untuk, membayar klaim yang valid, mengidentifikasi kemungkinan terjadi tindakan kecurangan, baik yang disengaja (*froud*) maupun yang tidak disengaja (*Abuse*) dalam melakukan klaim, memenuhi peraturan pemerintah, menghindari atau mencegah tuntutan hukum, mengkoordinasikan *benefit*, melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*Claim Cost*).

### **2.1.1 Proses Pengajuan BPJS Kesehatan**

Menurut Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan disebutkan klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan, gawat darurat dan rawat Jalan dibayar dengan paket INA CBG's tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta. Tarif INA CBG's sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain- lain.

Menurut Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN disebutkan klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap.

Pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut:

- a. Pasien datang ke rumah sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus emergency, tanpa surat rujukan.
- b. Peserta menerima Surat Elegibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
- c. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat Jalan sesuai dengan indikasi medis.
- d. Apabila dokter spesialis/ subspecialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut, maka untuk kunjungan berikutnya pasien langsung datang ke FKRTL (tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu) dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
- e. Apabila dokter spesialis/subspecialis memberikan surat keterangan rujuk balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung datang ke FKTP membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis/subspecialis.
- f. Apabila dokter spesialis/subspecialis tidak memberikan surat keterangan sebagaimana dimaksud pada poin (d) dan (e), maka pada kunjungan berikutnya pasien harus melalui FKTP.
- g. Fisioterapis dapat menjalankan praktik pelayanan Fisioterapi secara mandiri (sebagai bagian jejaring FKTP untuk pelayanan rehabilitasi medik dasar) atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.
- h. Pelayanan rehabilitasi medik di FKTRL, dilakukan oleh dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik.

- i. Dalam hal rumah sakit belum memiliki spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik, maka kewenangan klinis dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik dapat diberikan kepada dokter yang selama ini ditugaskan sebagai koordinator bagian/departemen/instalasi rehabilitasi medik rumah sakit, dengan kewenangan terbatas sesuai kewenangan klinis dan rekomendasi surat penugasan klinis yang diberikan oleh komite medik rumah sakit kepada direktur/kepala rumah sakit.
- j. Apabila dikemudian hari rumah sakit tersebut sudah memiliki dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik maka semua layanan rehabilitasi medik kembali menjadi wewenang dan tanggung jawab dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik.

### **2.1.2 Verifikasi Berbasis INA CBG's**

#### **A. Verifikasi Administrasi**

Berkas yang akan diverifikasi meliputi:

##### **1 Rawat Jalan**

- a. Surat Elegibilitas Peserta (SEP).
- b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
- c. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran di luar INA CBG's diperlukan bukti pendukung:
  - i. Protocol terapi dan regimen(jadwal pemberian) obat khusus.
  - ii. Resep alat kesehatan.

- iii. Tanda terima alat bantu kesehatan(kacamata,alat bantu dengar,alat bantu gerak dll.)

## 2 Rawat Jalan

- a. Surat Perintah Rawat Jalan.
- b. Surat Elegibilitas Peserta (SEP).
- c. Resume medis yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien(DPJP).
- d. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran di luar INA CBG's diperlukan tambahan bukti pendukung:
  - i. Protocol terapi dan regimen (Jadual Pemberian) obat khusus Onkologi.
  - ii. Resep alat bantu kesehatan(alat bantu gerak,collar neck,corset dll.).
  - iii. Tanda terima alat bantu kesehatan.

Tahap verifikasi administrasi yaitu:

- a. Verifikasi administrasi Kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Elegibilitas Peserta(SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBG's
- b. Verifikasi Administrasi Pelayanan
- c. Hal – hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah:

- i. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana poin 1a di atas (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas).
- ii. Apabila terjadi ketidaksesuaian antara keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke Rs untuk dilengkapi.
- iii. Kesesuaian tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur rumah sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

#### B. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal – hal yang harus diperhatikan adalah:

- 1 Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopy*nya). Ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam juknis INA CBG's.
- 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. Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru.
- 3 Pelayanan IGD, pelayanan sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/surgery*) termasuk rawat jalan.
- 4 Episode rawat Jalan adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah

mendapatkan fasilitas rawat Jalan(bangsas/ruang rawat Jalan dan/atau ruang perawatan insentif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam,dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat Jalan.

- 5 Pasien yang masuk ke rawat Jalan sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat,maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat Jalan, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk di dalamnya.
- 6 Pada kasus CMG's, bukti dukung adalah:
  - a. Spesial Drugs: *product batch*(asli) dilampirkan dalam berkas klaim.
  - b. Spesial Prosedure: laporan asli(lihat).
  - c. Spesial Prostesis: *product batch*(asli) dilampirkan dalam berkas klaim.
  - d. Spesial Investigation: expertise pemerisaan(lihat).
  - e. Spesial Cronic& Sub-acute: instrument WHO DAS (lihat).
- 7 Apabila bayi baru lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit(P),hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan,tunggal atau *multiple*(Z.38)
- 8 Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi(rehab medik,kemoterapi,radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode"Z" sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder. Diagnosis Z (kontrol).

### C. Verifikasi Menggunakan *Software* INA CBG's

#### 1. Purifikasi Data

Purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi output data INA CBG's yang ditagihkan rumah sakit terhadap penerbitan data SEP

Purifikasi data yang terdiri dari:

- a. No SEP
- b. Nomor Peserta
- c. Tanggal SEP.

#### 2. Melakukan proses verifikasi administrasi.

3. Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikasi dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending.

#### 4. Proses verifikasi Lanjutan.

Verifikasi lanjutan terdiri dari:

- a. Verifikasi *double* klaim untuk dua(atau lebih)pelayanan RITL  
Tahap ini berguna untuk melihat kasus readmisi atau pasien yang dipulangkan hanya secara administrasi.
- b. Verifikasi *double* klaim RJTL yang dirujuk langsung ke RITL  
Dalam hal ini klaim yang dapat disetujui adalah klaim RITL. Hal-hal yang perlu diperhatikan verifikasi adalah :
  - 1) Pasien yang pada pagi hari mendapatkan pelayanan rawat jalan dan pada sore hari pasien mendapatkan pelayanan UGD dan dirujuk ke pelayanan RITL maka dalam kasus ini pelayanan yang

dilakukan pada pagi hari dapat diklaimkan sedang pelayanan IGD pada sore hari tidak dapat diklaimkan.

- 2) Bisa saja terjadi kasus dimana pasien yang memang secara rutin sudah melakukan hemodialisa pada suatu ketika dirawat Jalan untuk diagnose yang tidak berhubungandengan diagnose Hemodialisa, pada saat pasien tersebut dirawat Jalan dan harus menjalani hemodialisa maka pelayanan rawat jalan hemodialisa juga dapat diklaimkansendiri.
  - c. Verifikasi *double* klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RJTL RJTL yang mendapatkan pelayanan 2 atau lebih pelayanan pada hari yang sama dimungkinkan terjadi karena konversi data yang berulang atau penerbitan 2 atau lebih SEP pada hari yang sama.
  - d. Verifikasi klaim terhadap kode INA CBGs berpotensi tidak benar.
  - e. Verifikasi terhadap kode Diagnosa yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku
  - f. Pemeriksaan bebas.
5. Finalisasi Klaim.
  6. Melihat status klaim *pending*.
  7. Memberikan umpan balik pelayanan,yaitu mencetak Formulir Persetujuan Klaim(FPK) dan lampiran klaim.
  8. Mengirim klaim *file*.

## 2.2 Penyebab Pengembalian Berkas Klaim

Pada Permenkes no 28 Tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim,(2014) menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas – berkas pasien BPJS rawat jalan dan rawat inap tersebut ke rumah sakit. Berkas – berkas yang dikembalikan merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh Verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas – berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus dilengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu berkas klaim yang *pending* ini,harus dikembalikan dalam kurun waktu selambat-lambatnya yaitu 6 (enam) bulan. Apabila pihak rumah sakit tidak mengembalikan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan,maka berkas – berkas pasien BPJS rawat Jalan dan rawat jalan yang dikembalikan (*pending*) tersebut tidak dapat diklaim oleh pihak BPJS Kesehatan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Firsia Olivia Susan, Septo Pawelas Arso dan Putri Asmita Wigati (2016) menunjukkan kendala administrasi klaim JKN antara lain: banyak pasien yang kurang memahami persyaratan untuk memperoleh pelayanan dengan JKN, kurangnya jumlah petugas, tidak adanya diklat untuk petugas, keterbatasan sarana untuk menunjang kelengkapan dokumen klaim, software bermasalah saat jam pelayanan, tidak adanya SOP khusus pelayanan pasien JKN, tidak semua petugas mengecek ulang dokumen klaim,

tidak adanya indikator keberhasilan, monitoring dan evaluasi untuk menilai kinerja petugas.

## 2.3 Ringkasan Sumber Pustaka

### 2.3.1 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 1

Judul	Faktor – Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS Muhammadiyah Yogyakarta
Nama Penulis	Linda Megawati,Rita Dian Pratiwi
Afiliasi	Prodi D III Rekam Medis Sekolah Vokasi Universitas Gajah Mada
Email Penulis	<a href="mailto:linda.megawati@mail.ugm.ac.id">linda.megawati@mail.ugm.ac.id</a> <a href="mailto:ritadian@ugm.ac.id">ritadian@ugm.ac.id</a>
Bentuk	Elektronik (online)
Jenis	Artikel dari Jurnal Kesehatan Vokasional
Nama Kota Penerbit	Jurnal Kesehatan Vokasional ISSN: 2541 – 0644 Jurnal Kesehatan Vokasional published by Universitas Gajah Mada
Vol, Nomor Issue & Tahun	Vol. 1 No. 1 (2016)
URL	<a href="http://journal.ugm.ac.id/jkesvo">http://journal.ugm.ac.id/jkesvo</a>
Tanggal Unggah	
Sitasi Otomatis	-

#### Abstrak

Latar Belakang: BPJS Kesehatan merupakan badan hukum pemerintah untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Cara penagihan terhadap biaya pelayanan yaitu dengan menggunakan sistem klaim, berkas persyaratan klaim dikirimkan kepada verifikator BPJS Kesehatan. Berdasarkan hasil pengamatan terdapat permasalahan yaitu terkait pengembalian berkas klaim oleh pihak verifikator BPJS. Tujuan: Mengetahui presentase kelengkapan syarat klaim BPJS pasien rawat inap dan mengetahui apa saja faktor penyebab dikembalikannya klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Metode: survey analitik dengan pendekatan *case control*. Pengambilan sampel

merupakan seluruh berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS di minggu pertama bulan Maret yaitu 38 sampel (Perbandingan jumlah sampel case dan control adalah 1 : 1 yaitu 38 berkas kasus dan 38 berkas kontrol). Teknik pengambilan sampel menggunakan sampling jenuh. Hasil: Hasil analisis kelengkapan terdapat beberapa berkas syarat yang tidak lengkap yaitu: laporan individual pasien dengan presentase ketidaklengkapan 84%. Laporan penunjang dengan presentase ketidaklengkapan 18%, dan fotocopy kartu BPJS dengan presentase 7% ketidaklengkapan. Untuk mengetahui hubungan berkas tidak lengkap tersebut dengan faktor pengembalian klaim selanjutnya diuji hubungan dengan menggunakan uji statistik, dihasilkan yang memiliki  $p - value < 0,05$ , berarti  $H_0$  ditolak, yaitu laporan individual pasien ( $p - value = 2,491.10^{-11}$ ) dan laporan penunjang ( $p - value = 0,0115$ ).

Kata kunci: kelengkapan, berkas persyaratan klaim, asuransi bpjs, pasien rawat inap

### 2.3.2 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 2

Judul	Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018
Nama Penulis	Supriadi, Syifa Rosania
Afiliasi	Program Studi Administrasi Rumah Sakit Program Vokasi UI
Email Penulis	supriadi@vokasi.ui.ac.id
Bentuk	Elektronik (online)
Jenis	Artikel dari Jurnal Vokasi Indonesia
Nama Kota Penerbit	Jurnal Vokasi Indonesia P-ISSN: 2355 – 5807 E-ISSN: 2477 - 3433 Jurnal Vokasi Indonesia published by Universitas Indonesia
Vol, Nomor Issue & Tahun	Vol. 7, No 2 (2019)
URL	<a href="http://jvi.ac.id/index.php/jvi/article/view/145">http://jvi.ac.id/index.php/jvi/article/view/145</a>
Tanggal Unggah	
Sitasi Otomatis	-

**Abstrak**

Penelitian ini dilakukan untuk melihat gambaran klaim tertunda karena dikembalikan oleh BPJS Kesehatan dan penyebabnya di Rumah Sakit Hermina Ciputat, Tangerang Selatan Banten. Penelitian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Data yang digunakan adalah berkas klaim yang berasal dari rawat inap dan rawat jalan yang tertunda atau dikembalikan oleh BPJS Kesehatan pada bulan Juni-Agustus 2018. Variabel yang digunakan dalam penelitian adalah jumlah berkas klaim tertunda, alasan pengembalian dan penyebab dari alasan pengembalian tersebut. Hasil penelitian ini menemukan sebanyak 142 berkas klaim rawat inap dan 82 berkas rawat jalan yang dikembalikan. Alasan pengembalian karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Penyebab tidak lolos verifikasi terutama karena ketidaktelitian dari petugas pemberkasan dan adanya perbedaan persepsi tentang kode diagnosa antara Rumah Sakit Hermina Ciputat dengan BPJS Kesehatan. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi bagi Rumah Sakit Hermina Ciputat untuk memperbaiki sistem pemberkasan klaim pasien BPJS Kesehatan agar menurunkan jumlah berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan.

**Kata Kunci:** Klaim Tertunda, Penyebab Tertunda.

### 2.3.3 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 3

Judul	Analisis Penyebab <i>Unclaimed</i> Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD DR. Soekardjo Tasikmalaya
Nama Penulis	Resti Septiani Nurdiah, Arief Tarmansyah Iman
Afiliasi	Prodi Perkam dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Email Penulis	Restiseptianinurdiah@gmail.com Arieftarmansyah@gmail.com
Bentuk	Elektronik (online)
Jenis	Artikel dari Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia
Nama Kota Penerbit	Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia ISSN: 2337 - 6007 Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia published by Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Vol, Nomor Issue & Tahun	Vol. 4, No. 2 (2016)
URL	<a href="http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/128">http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/128</a>
Tanggal Unggah	
Sitasi Otomatis	-

#### Abstrak

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian terpenting dari implementasi JKN yang diselenggarakan rumah sakit oleh BPJS melalui pengajuan klaim. Namun, tidak semua berkas yang diajukan dapat terklaimkan. Seperti yang terjadi di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya dimana terdapat selisih antara kunjungan pasien BPJS rawat inap dengan kunjungan BPJS yang diklaimkan, sehingga menyebabkan *unclaimed*. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap berdasarkan identifikasi input dan proses. Jenis penelitian ini dengan menggunakan metode kualitatif dengan femonologi, melalui wawancara terhadap 7 orang informan dan observasi. Untuk analisis data dirangkum dalam bentuk naratif. Hasil penelitian ini menunjukkan penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di rumah sakit yang antara lain disebabkan oleh pengetahuan dan kedisiplinan petugas kurang, ruangan pengolahan klaim

yang sempit, SOP terkait klaim belum tersedia, monitoring berkas klaim belum terlaksana dan ketidaklengkapan hasil penunjang. Disarankan untuk diadakannya bimbingan kepada petugas secara intensif, pemanfaatan ruangan secara maksimal, penyusunan SOP, pembuatan ekspedisi berkas klaim dan pelaksanaan rapat rutin.

Kata kunci: Penyebab *Unclaimed* BPJS, gagal klaim

#### 2.3.4 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 4

Judul	Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat – Syarat Pengajuan Klaim di RSUD R.A Kartini Jepara
Nama Penulis	Irmawati, Anton Kristijono, Edi Susanto, Yela Belia
Afiliasi	Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Email Penulis	Irmaedich98@gmail.com
Bentuk	Elektronik (online)
Jenis	Artikel dari Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Nama Kota Penerbit	Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
Vol, Nomor Issue & Tahun	Vol. 1 No. 1 (2018)
URL	<a href="http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/RMIK/article/review/3594">http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/RMIK/article/review/3594</a>
Tanggal Unggah	
Sitasi Otomatis	-

#### Abstrak

Pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lepas dari program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan sebagai pelaksana programnya. Metode pembayaran yang digunakan menggunakan sistem prospektif INA-CBGs yaitu menggunakan klaim yang akan mendapat penggantian biaya dari BPJS. Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan, di RSUD R.A Kartini Jepara masih ditemukan masalah tersebut.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim. Penelitian ini menggunakan metode penelitian survey deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel menggunakan berkas klaim rawat inap yang dikembalikan BPJS Kesehatan bulan Maret-April 2017 sebanyak 49 berkas. Instrumen penelitian menggunakan checklist dan wawancara. Analisis data menggunakan analisis univariate. Hasil penelitian diperoleh gambaran kelengkapan administrasi kepesertaan yang tidak sesuai sebanyak 35 berkas (71%), kesesuaian administrasi kepesertaan 37 berkas (76%), dan kesesuaian administrasi pelayanan 10 berkas (20%). Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai. Sedangkan pada alur pengajuan klaim belum mempunyai Standar Operasional Prosedur(SOP)

Kata Kunci : Klaim Rawat Inap, BPJS Kesehatan, Pengembalian

### 2.3.5 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 5

Judul	Faktor – Faktor Klaim Tertunda BPJS Kesehatan Dr Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016
Nama Penulis	Antonius Artanto EP
Afiliasi	Program Studi Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Indonesia
Email Penulis	Antonius.artanto@gmail.com
Bentuk	Elektronik (online)
Jenis	Artikel dari Jurnal Administrasi Rumah Sakit
Nama Kota Penerbit	Jurnal Administrasi Rumah Sakit E-ISSN: 1446008136 P-ISSN: 2406 -9108 Jurnal Administrasi Rumah Sakit published by Universitas Indonesia
Vol, Nomor Issue & Tahun	Vol. 4, No. 2 (2018)
URL	<a href="http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564/782">http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564/782</a>
Tanggal Unggah	
Sitasi Otomatis	-

#### Abstrak

Terdapat sekitar 10-15% klaim yang tertunda pembayarannya di Rumah Sakit Umum Daerah dr Kanujoso Djatiwibowo. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh pada tertundanya klaim Badan Penyelenggara Kesehatan Sosial Kesehatan sesuai panduan klaim dan perjanjian kerjasama. Sumber data yang diambil berasal dari jumlah klaim yang tertunda di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanujoso Djatiwibowo periode Januari - Maret 2016 dan menggali penyebab terjadinya permasalahan tersebut melalui informan. Penelitian bersifat kuantitatif dan kualitatif dengan metode deskriptif analitik menggunakan studi retrospektif dari data sekunder resume medis yang tidak lengkap dan wawancara serta diskusi. Hasil penelitian menunjukkan faktor yang mempengaruhi klaim tertunda adalah ketidaklengkapan resume medis yang didominasi ketiadaan tanda tangan Dokter Penganggungjawab Pasien (DPJP) disebabkan didapatkan adanya tugas ganda pada *case manager* sehingga

terjadinya keterlambatan dalam penyelesaian resume medis elektronik. Saran yang diajukan adalah penggunaan rekam medis elektronik, pemisahan tugas antara *case manager* dengan dokter ruangan, peningkatan kepatuhan *case manager* untuk menulis sejak awal data resume medis pasien antara lain dengan penilaian kinerja dan remunerasi terintegrasi.

**Kata kunci:** BPJS, *case manager*, klaim, resume medis, tanda tangan.

### 2.3.6 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 6

Judul	Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan
Nama Penulis	Valentina, Merlin Niat Sehati Halawa
Afiliasi	Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda
Email Penulis	Valentinave89@gmail.com
Bentuk	Elektronik (online)
Jenis	Artikel dari Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda
Nama Kota Penerbit	Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Jl. Bilal nomor 52 Medan Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat published by APIKES Imelda
Vol, Nomor Issue & Tahun	Vol. 3, No. 2 (2018)
URL	<a href="http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/66/68">http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/66/68</a>
Tanggal Unggah	
Sitasi Otomatis	-

#### Abstrak

Pending atau sering disebut dengan unclaimed yang artinya tidak terklaim atau tertunda. Hal ini disebabkan terdapat kasus yang ditatalaksanakan di rumah sakit tersebut diragukan kesimpulan medisnya karena ketidakcocokan atau ketidaklengkapan data-datanya. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis penyebab unclaimed berkas BPJS pasien rawat inap berdasarkan identifikasi input dan proses. Jenis penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan

fenomenologi. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Februari-Juli 2018 di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan. Populasi yaitu rekam medis BPJS rawat jalan yang dipending pada bulan Februari-Juli 2018 sebanyak 490 berkas. Sampel diambil secara proposional stratified random sampling yang berjumlah 83 berkas. Informan kunci berjumlah 6 orang yang terdiri dari 1 orang kepala ruangan BPJS RSUD IPI, 3 orang petugas koder BPJS RSUD IPI dan 2 orang petugas administrasi BPJS. Data dikumpulkan melalui wawancara dan observasi. Untuk analisis data dirangkum secara deskriptif melalui reduksi data, penyajian dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian ini menunjukkan penyebab unclaimed berkas BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan adalah jumlah SDM, sarana, teknologi, perencanaan berupa ketersediaan SOP, dan evaluasi. Berdasarkan 83 berkas BPJS yang terpending ada 45% berkas BPJS dikarenakan dari kesalahan pengkodean, 22% dikarenakan dari indikasi medis dan 33% dikarenakan administrasi. Disarankan untuk pihak rumah sakit agar menambah jumlah SDM, perbaikan terhadap sarana dan teknologi, perencanaan dan evaluasi sehingga dapat menurunkan jumlah unclaimed berkas BPJS pada rumah sakit.

**Kata Kunci:** Unclaimed, Pending, BPJS, Gagal Klaim, Rawat Inap.

### 2.3.7 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 7

Judul	Faktor – Faktor Penyebab Berkas Klaim Rawat Inap yang Direvisi Di Rumah Sakit Islam Surabaya
Nama Penulis	Kartika Norma Wulandari
Afiliasi	Manajemen Kesehatan
Email Penulis	Kartikanurmow@gmail.com
Bentuk	Elektronik (online)
Jenis	Artikel dari Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan Dr. Soetomo
Nama Kota Penerbit	Jurnal Manajemen Kesehatan E- ISSN: 2581 – 219X Jurnal Manajemen Kesehatan published by STIKES Yayasan Rs Dr. Soetomo, Surabaya
Vol, Nomor Issue & Tahun	Vol. 5, No. 2 (2019)
URL	<a href="http://ktiskripsi.stikes-yrsds.ac.id/index.php">http://ktiskripsi.stikes-yrsds.ac.id/index.php</a>
Tanggal Unggah	
Sitasi Otomatis	-

#### Abstrak

RS Islam Surabaya telah mengimplementasikan penerimaan pasien BPJS Kesehatan. Pada pelaksanaan program BPJS Kesehatan ditemukan permasalahan adanya belum tercapainya standar  $\leq 5\%$  pada capaian indikator revisi berkas klaim rawat inap. Dampak dari terjadinya berkas klaim rawat inap yang direvisi adalah berkas klaim akan diikutsertakan pada proses klaim dibulan selanjutnya dan dikhawatirkan RS mengalami keterlambatan pembayaran sehingga menunggu pelayanan kesehatan. Tujuan dari penelitian ini ialah menganalisis tentang faktor – faktor penyebab berkas klaim rawat inap yang direvisi di RS Islam Surabaya Tahun 2018. Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Studi kasus dilakukan terhadap tiga kasus berkas klaim BPJS rawat inap yang direvisi. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, dan telaah dokumen. Subjek yang menjadi penelitian ini adalah petugas yang terlibat secara langsung dalam berkas klaim. Objek penelitian ini adalah

pengajuan berkas klaim pasien rawat inap dengan cara bayar BPJS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari tiga kasus berkas klaim BPJS rawat inap yang direvisi masih belum lengkap. Akan tetapi, terdapat permasalahan lain yang menyebabkan berkas klaim rawat inap direvisi yang dilihat dari faktor *materials* karena terdapat kurang lengkap berkas. Faktor *man* adalah petugas penerimaan pasien rawat inap, petugas kasir rawat inap dan petugas pengkodean entry data INA – CBG. Faktor *machine* adalah penggunaan aplikasi HiSys, VClaim, dan INA – CBG. Faktor *method* adalah pengimplementasian SOP verifikasi berkas klaim.

**Kata kunci :** Revisi, Berkas Klaim, Rumah Sakit, Rawat Inap, BPJS

### 2.3.8 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 8

Judul	Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2016
Nama Penulis	Laela Indawati
Afiliasi	-
Email Penulis	Laela.indawati@esaunggul.ac.id
Bentuk	Elektronik (online)
Jenis	Artikel dari Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia
Nama Kota Penerbit	Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia E- ISSN: 2337-6007 P- ISSN:2337-585x published by Universitas Esa Unggul
Vol, Nomor Issue & Tahun	Vol. 18, No. 2 (2020)
URL	<a href="http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/article/view/3689/0">http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/article/view/3689/0</a>
Tanggal Unggah	
Sitasi Otomatis	-

#### Abstrak

Penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi terhadap perkembangan keilmuan dan dapat meminimalkan pengembalian klaim BPJS terkait koding. Adanya pengembalian klaim rawat inap pasien BPJS terkait akurasi koding atau ketidaksesuaian pengkodean

terhadap diagnosis dan tindakan sebesar 30% dari berkas yang dikembalikan menjadi latar belakang penelitian ini. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan studi kasus. Tehnik pengumpulan data berupa observasi, studi literature dan wawancara. Penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap terkait akurasi koding diantaranya karena kurangnya pemeriksaan penunjang pendukung diagnosis, ketidaktepatan pemberian kode oleh koder, dan ketidaksesuaian dengan rule MB dan konsensus. Disarankan ada satu pedoman kerja yang mengatur tugas hak wewenang dan tanggung jawab dari masing masing profesi seperti dokter, koder, dan verifikator BPJS.

*Kata kunci : Akurasi Koding, BPJS, ICD 10, JKN, Klaim*

### 2.3.9 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 9

Judul	Analisis Implementasi Verifikasi Digital Klaim (Vedika) Dengan Kejadian Tertundanya Klaim BPJS Kesehatan Pada Bulan Januari, Februari, Maret 2019 di RS Panti Rahayu Purwodadi
Nama Penulis	Yatmi Wahyuni, Suharyo
Afiliasi	Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan
Email Penulis	Suharyo@dsn.dinus.ac.id
Bentuk	Elektronik (online)
Jenis	Artikel dari Jurnal Kesehatan Masyarakat
Nama Kota Penerbit	Jurnal Visikes E- ISSN: 2549-6557 P- ISSN: 1412-3746 Jurnal Kesehatan Masyarakat published by Universitas Dian Nuswantoro, Semarang
Vol, Nomor Issue & Tahun	Vol. 18, No. 2 (2020)
URL	<a href="http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/article/view/3689/0">http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/article/view/3689/0</a>
Tanggal Unggah	
Sitasi Otomatis	-

#### **Abstrak**

Kecepatan verifikasi klaim merupakan hal penting dalam layanan kesehatan yang efektif dan efisien. BPJS Kesehatan mengambil kebijakan untuk mengganti sistem verifikasi klaim manual menjadi sistem elektronik. Perubahan tersebut dibutuhkan sistem verifikasi klaim transisi untuk memfasilitasi penyedia layanan kesehatan yang disebut vedika BPJS

Kesehatan. 2 dari 6 rumah sakit di Purwodadi Grobogan telah menerapkan sistem vedika pada akhir tahun 2018, dan Rumah Sakit Panti Rahayu Purwodadi telah menerapkan sistem vedika pada bulan Oktober 2018. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan sistem vedika dengan kejadian tertundanya klaim BPJS Kesehatan pada bulan Januari, Februari dan Maret tahun 2019. Metode kualitatif melalui wawancara mendalam digunakan pada penelitian ini. Informan kunci adalah pemegang kebijakan di Rumah Sakit Panti Rahayu dan sebagai triangulasi adalah informan karyawan casemix dengan berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim dari Ditjen Pelayanan BPJS Nomor 18 Tahun 2017. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan sistem vedika belum efektif karena masih terdapat pengembalian berkas klaim serta keterlambatan pembayaran klaim. Hal tersebut disebabkan tulisan dokter tidak jelas, kelengkapan persyaratan klaim yang kurang, perawatan satu episode rawat jalan dan rawat inap, severity level 3, jumlah petugas casemix yang terbatas, pemahaman DPJP tentang coding dan diagnose masih kurang, serta tidak ada pemantauan dan evaluasi implementasi sistem vedika. Jumlah kasus klaim yang bertambah banyak setiap bulan menyebabkan pengajuan klaim terlambat yang menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim. Kesalahan yang sama masih terulang karena tidak adanya pemantauan dan evaluasi Klaim dikatakan berhasil jika dibayar tepat waktu 100 %. Oleh karena itu perlu diadakan pelatihan tentang pengembangan kapasitas petugas.

**Kata Kunci:** BPJS Kesehatan, Vedika Pembayaran Klaim

### 2.3.10 Ringkasan Sumber Pustaka Nomor 10

Judul	Faktor Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS di RSJD DR Amino Gondho Utomo Provinsi Jawa Tengah 2015
Nama Penulis	Tyas Ardhitya
Pembimbing	Agus Perry Kusuma, S.KG,M.Kes
Bentuk	Elektronik ( online )
Jenis	Laporan Tugas Akhir ( Karya Tulis Ilmiah )
Nama Kota-Penerbit, Tahun	Semarang, Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro
URL	<a href="http://eprints.dinus.ac.id/id/eprint/17385">http://eprints.dinus.ac.id/id/eprint/17385</a>
Tanggal Unggah	27 November 2015

#### Abstrak

Fungsi dari klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS dari rumah sakit kepada pihak BPJS, dimana sebelumnya biaya perawatan pasien ditanggung oleh rumah sakit, Dari masalah penelitian di awal masih terdapat *unclaimed*. berdasarkan masalah diawal yang di lakukan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah di temukan adanya persyaratan yang kurang lengkap dan ketergantungan zat, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor- faktor yang melatar belakang penolakan klaim bpjs oleh verifikator bpjs.

Penelitian ini menggunakan metode wawancara dengan pendekatan *cross sectional* dan jenis penelitian deskriptif, sedangkan populasi dari penelitian ini berdasarkan kunjungan pasien BPJS triwulan 1 dari hasil populasi di peroleh sampel 34 *unclemed* dari 450 yang diajukan ke BPJS.

Hasil penelitian dapat dihasilkan bahwa SOP pengajuan klaim sudah ada, akan tetapi masih belum sesuai prosedur, pasien sering tidak membawa persyaratan, keterlambatan proses klaim BPJS terjadi adanya sebagian karna adanya sebagian data yang tidak lengkap, sering terjadi ketidak konsistenan nama pasien serta verifikasi pengajuan klaim

sudah sesuai dengan ketentuan yang ada. Disarankan bahwa adanya papan pengumuman tentang syarat-syarat pendaftaran pasien BPJS, adanya pemasangan informasi syarat pendaftaran pasien BPJS di Puskesmas, menyiapkan ceklist kecil untuk pasien yang berisi persyaratan pasien BPJS.

Kata Kunci: Klaim Verifikasi BPJS