

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gambaran Umum BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) yaitu Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam pasal 28 H ayat (1) dan pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar 1945, sehingga pemerintah memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan yang layak dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

2.2 Klaim BPJS Kesehatan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) klaim adalah tuntutan dari sebuah imbalan dari hasil pelayanan kesehatan dengan jumlah yang telah disepakati dalam perjanjian yang telah tertulis dalam kontrak kerjasama yang telah disepakati sejak awal (EP,2018).

Klaim BPJS Kesehatan adalah pengajuan seluruh biaya perawatan pasien BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulannya ke BPJS Kesehatan melalui proses verifikasi (Valentina & Halawa, 2018).

2.3 Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit

2.3.1 Alur Pelayanan Pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit

- a. Mendatangi FASKES (Fasilitas Kesehatan) 1
melakukan pengobatan ke FASKES (Fasilitas Kesehatan) 1 dahulu. FASKES ini meliputi Puskesmas, klinik atau dokter keluarga. Jika dalam keadaan darurat dan butuh penanganan cepat dan peralatan yang lengkap, maka bisa langsung ke rumah sakit yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Pemeriksaan FASKES (Fasilitas Kesehatan) 1
Dalam pemeriksaan di faskes pertama disini akan diputuskan apakah dirujuk ke rumah sakit karena kesanggupan faskes pertama atau tidak. Jika memang di faskes pertama tidak sanggup menangani, maka pasien akan dirujuk ke rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Saat akan dirumah sakit harus membawa berkas yang wajib dibawa yaitu rujukan dari faskes pertama, karena jika tidak membawa berkas rujukan klaim akan ditolak dan pihak BPJS Kesehatan tidak akan menanggung pengobatannya.

c. Ke Rumah Sakit Rujukan

Kelengkapan berkas yang dipersyaratkan kepada pasien yang tergolong bukan pasien darurat saat periksa ke rumah sakit yaitu :

1. Kartu BPJS asli beserta fotocopy
2. Fotocopy KTP
3. Fotocopy Kartu Keluarga
4. Fotocopy Surat Rujukan dari FASKES 1

2.3.2 Verifikasi BPJS Kesehatan

a. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikator mengidentifikasi kesesuaian berkas klaim antara lain Surat Elegibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang sudah diinput dalam aplikasi INA-CBG's beserta berkas-berkas pendukungnya (Supriadi & Rosania, 2019).

b. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Langkah-langkah yang dilakukan:

1. Dilakukan pengecekan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan
2. Berkas akan dikembalikan apabila tidak sesuai kelengkapannya dan keabsahan berkas
3. Kesesuaian tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis berdasarkan ketetapan direktur rumah sakit secara tertulis (Supriadi & Rosania, 2019).

c. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Verifikator wajib memastikan diagnosis dan prosedur tindakan pada tagihan sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9. Ketentuan-ketentuan yang harus diperhatikan :

1. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dengan pemeriksaan penunjang dan

pemberian obat yang dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru.

2. Pelayanan IGD, pelayanan rawat hanya sehari, dan pelayanan bedah sehari termasuk pelayanan rawat jalan.
 3. Episode rawat inap yaitu satu rangkaian pelayanan terhadap pasien yang mendapatkan perawatan lebih dari enam jam dirumah sakit. Dapat dikatakan pasien yang telah mendapatkan pelayanan rawat inap berupa ruang rawat inap, atau ruang perawatan intensif walaupun kurang dari enam jam pasien tersebut sudah dihitung sebagai pasien rawat inap.
 4. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai tindak lanjut dari rawat jalan atau gawat darurat maka termasuk dalam satu episode rawat inap dan pelayanan sebelumnya dari rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk dalam satu episode rawat inap tersebut.
 5. Bayi yang baru lahir tidak memiliki kode diagnosis penyakit hanya diberi kode persalinan, tunggal, atau multiple.
 6. Pasien control dengan diagnosis sama seperti sebelumnya maka digunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan diagnosis sekunder untuk kondisikan penyakitnya.
 7. Jika ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang mempunyai keterikatan, maka dapat menggunakan satu kode dalam ICD 10.
 8. Diagnosis yang seharusnya dikode menjadi satu, namun dilakukan kode terpisah (Supriadi & Rosania, 2019).
- d. Verifikasi menggunakan Software INA-CBG's

Hal yang dilakukan yaitu:

1. Verifikasi data, yaitu melakukan validasi *output* data penagihan oleh rumah sakit pada aplikasi *INA-CBG's* terhadap data penerbitan SEP. Data SEP meliputi nomor SEP, nomor kartu peserta, dan tanggal SEP.

2. Memproses verifikasi administrasi yaitu melihat kesesuaian lembar kerja tagihan terhadap bukti pendukung dan hasil *entry* data dari rumah sakit.
3. Melihat status klaim yang layak, tidak layak, dan pending secara administrasi.
4. Verifikasi lanjutan yaitu melakukan verifikasi double klaim RITL maupun RJTL, verifikasi kode INA-CBG's yang berpotensi salah, verifikasi kode diagnosa yang tidak sesuai, serta pemeriksaan bebas.
5. Finaliasi klaim
6. Melihat status klaim pending
7. Memberikan umpan balik pelayanan yaitu mencetak Formulir Persetujuan Klaim (FPK) dan lampiran klaim
8. Mengirim klaim file (Supriadi & Rosania, 2019).

2.4 Faktor Mempengaruhi Pengajuan Klaim BPJS

2.4.1 Faktor *Man* Terhadap Pengajuan Klaim BPJS

faktor *Man* atau Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan suatu usaha kerja atau jasa yang memang diberikan dengan tujuan dalam melakukan proses produksi. Dengan kata lain, sumber daya manusia adalah kualitas usaha yang dilakukan seseorang untuk menghasilkan jasa atau barang dalam jangka waktu tertentu (Sumarsono, 2003).

Kurangnya sumber daya manusia dapat menyebabkan pekerjaan pada bagian verifikasi klaim menjadi menumpuk. Manusia menjadi salah satu sumber daya yang penting dalam mengaplikasikan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan serta pengendalian terhadap berbagai tugas (Herfiyanti, Handoko, & Apriyani, 2019).

Manfaat sumber daya manusia bagi perusahaan akan membantu perusahaan berkembang dan mencapai tujuan, anatar lain :

- a. Dapat meningkatkan profuktivitas kinerja
- b. Meningkatkan kuantitas dan kualitas hasil produksi
- c. Meningkatkan efisiensi tenaga dan waktu

2.4.2 Faktor *Materials* Terhadap Pengajuan Klaim BPJS

Faktor *Materials* atau kelengkapan persyaratan berkas klaim merupakan bagian penting dalam proses pengklaiman, penyebab ketidaklengkapan berkas klaim pasien disebabkan ketidaklengkapan pengisian rekam medis. Berkas yang tidak lengkap akan berdampak terhadap keuangan rumah sakit, keterlambatan pembayaran berdampak pada mutu pelayanan sehingga tingkat kepuasan bisa menurun.

2.4.3 Faktor *Machine* Terhadap Pengajuan Klaim BPJS

Faktor *Machine* atau sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. Apabila sarana tidak tersedia maka tidak akan mencapai hasil yang sesuai dengan yang direncanakan. Fungsi utama sarana yaitu menciptakan kenyamanan, menciptakan kepuasan, mempercepat proses kerja, meningkatkan produktivitas, dan hasil akan lebih berkualitas.