

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Bedasarkan buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Bedasarkan peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional tujuan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Bedasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, prinsip - prinsip penyelenggaraan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) yaitu :

1. **Kegotongroyongan**

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), 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.

2. **Nirlaba**

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

oriented). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

3. Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.
Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
4. 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.
5. 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.
6. Dana Amanah
Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
7. Hasil pengelolaan dana
Jaminan Sosial Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

2.1.2 Administrasi klaim BPJS di faskes tingkat lanjutan

Menurut Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan
Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya.
2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam deteksi dini administrasi pelayanan adalah :

- a. Untuk kode INA CBGs severity level III pastikan ada pengesahan dari Komite Medik.
- b. Kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa. Misalnya, pasien dengan diagnosa jantung namun DPJP-nya adalah spesialis mata, lakukan cross check ke resume medis atau poli.
- c. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator. Misalnya, dalam laporan tindakan Apendektomi oleh operator spesialis jantung, perlu dilakukan cross check lebih lanjut.
- d. Kesesuaian antara Tipe Rumah Sakit dan kompetensi dokter di Rumah Sakit tersebut. Misalnya : Tindakan Kraniotomi yang dilakukan di Rumah Sakit Type D, Tindakan CABG yang dilakukan di Rumah Sakit yang tidak memiliki ahli Bedah Thorax Kardio Vaskuler, perlu dilakukan cross check lebih lanjut.
- e. Koding yang ditentukan koder tidak unbundling. Contoh : Diabetes Melitus with Nephrophaty menjadi Diabetes Melitus (Diagnosa Primer) dan Nephrophaty (Diagnosa Sekunder).
- f. Perhatikan Readmisi untuk diagnosa penyakit yang sama, jika pasien masuk dengan diagnosa yang sama lakukan cross check dengan riwayat pulang rawat pada episode yang lalu, apakah pada episode rawat yang lalu pasien pulang dalam keadaan sembuh atau pulang dalam keadaan pulang paksa, ataupun dirujuk. Jika pasien telah dipulangkan dalam keadaan pulang paksa maka episode rawat pada readmisi merupakan kelanjutan dari pembiayaan penyakit yang sama.
- g. Pada kasus special CMGs :
 - 1). Alat kesehatan dengan prosedur operasi : pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS dan laporan operasi.
 - 2). Diluar prosedur operasi : pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS, resep alat kesehatan, bukti tanda terima alat kesehatan.

- 3). Pada kasus special drug, pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, billing dan regimen (jadual dan rencana pemberian obat).

Bedasarkan peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 7 tahun 2018, Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan RITL adalah sebagai berikut :

- a. Lembar surat eligibilitas Peserta (SEP) yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta.
- b. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi.
- c. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan.
- d. Surat perintah rawat inap.
- e. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit.
- f. *Checklist* klaim rumah sakit.
- g. Luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan administrasi klaim

Bedasarkan penelitian (Megawati & Pratiwi 2016) faktor – faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen administrasi klaim rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dikarenakan sebagai berikut :

- a. Laporan Individual Pasien

Laporan individual pasien merupakan rekapitulasi pelayanan pasien yang dibuat rumah sakit yang berisi catatan perawatan pasien dalam satu episode perawatan. Laporan individual pasien merupakan data yang didapatkan dari dokumen persyaratan pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Hasil studi dokumentasi terhadap 38 lembar kelengkapan syarat dokumen klaim BPJS menunjukkan sebagian besar lembar laporan individual pasien klaim tidak lengkap. Dari hasil analisis dihasilkan berkas kasus terhadap 32 lembar

laporan individual pasien tidak lengkap dengan presentase ketidaklengkapan sebesar 84% dan berkas lengkap sejumlah 6 lembar dengan presentase 16%. Pada berkas control persentase ketidaklengkapan sebesar 8% atau 3 syarat tidak lengkap atau presentase 92%. Dari hasil analisis diketahui bahwa item yang menyebabkan dikembalikannya klaim BPJS yaitu antara lain Kela Perawatan, Nomer SEP, Tanggal Masuk, Diagnosa Utama, Diagnosa Sekunder, Prosedur, dan INA CBG's.

Item pada lembar individual pasien yang memiliki persentase ketidaklengkapan paling banyak yaitu pada item diagnosa utama yaitu sebesar 26% item tidak lengkap dan 74% item lengkap dari 38 lembar kasus.

b. Laporan Penunjang

Laporan penunjang pasien merupakan laporan hasil pelayanan tambahan untuk pasien yang melakukan pelayanan tambahan. Laporan penunjang merupakan laporan dari suatu rangkaian pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap. Apabila laporan penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam pengajuan syarat klaim BPJS pada verifikator BPJS maka akan dikembalikan untuk di lengkapi atau dilampirkan. Kekurangan lembar penunjang akan berpengaruh pada keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien karena lembar penunjang merupakan bukti pasien telah melakukan pelayanan tambahan.

Hasil studi dokumentasi terhadap 38 lembar laporan penunjang kelengkapan syarat dokumen klaim BPJS pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dari hasil analisis dihasilkan terdapat 7 lembar laporan penunjang tidak lengkap dengan persentase ketidaklengkapan sebesar 18%, dan berkas lengkap sejumlah 31 lembar dengan persentase 82%. Berkas kontrol sudah memenuhi kriteria kelengkapan 100%. Ketidaklengkapan laporan penunjang pasien tersebut karena tidak dilampirkannya lembar laporan penunjang pada berkas syarat pengajuan Klaim BPJS pasien rawat inap. Dan juga ditemukan kasus diagnosis pada tindakan atau prosedur yang memerlukan laporan penunjang sehingga pihak verifikator BPJS meminta kelengkapan dengan pengembalian klaim BPJS.

c. Fotocopy kartu BPJS

Kartu BPJS kesehatan merupakan tanda bukti peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan sebagai syarat pasien yang ditanggung biaya perawatannya oleh BPJS.

Hasil studi dokumentasi terhadap 38 lembar Fotocopy Kartu BPJS kelengkapan syarat dokumen klaim PJS pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dari hasil analisis terhadap 38 lembar kasus kelengkapan syarat berkas klaim BPJS menunjukkan lembar fotocopy kartu BPJS klaim tidak lengkap. Dari hasil analisis berkas kasus terdapat 4 lembar fotocopy kartu BPJS tidak lengkap dengan persentase ketidaklengkapan sebesar 7%, dan berkas lengkap sejumlah 34 lembar dengan persentase 89%. Berkas control sudah memenuhi kriteria kelengkapan 100%. Faktor fotocopy kartu BPJS karena lampiran kartu BPJS yang dilampirkan bukan kartu milik pasien melainkan kartu milik salah satu anggota keluarganya, dan kartu BPJS yang dilampirkan sudah tidak aktif.

Dalam proses pengklaiman mempunyai beberapa tahapan pengklaiman yang dimulai dari Unit Pelayanan Fungsional/Instalasi pelayanan ke unit Rekam Medik dan selanjutnya diproses oleh petugas koding kemudian diteruskan ke bagian keuangan untuk dibuatkan klaim. Klaim tersebut diteruskan kepada verifikator independen untuk diverifikasi, apabila ada yang terjadi ketidaklengkapan berkas klaim maka akan dikembalikan ke RS untuk dilengkapi. Tahapan-tahapan tersebutlah yang dilalui, sehingga perlu waktu, dan kemampuan petugas dalam melaksanakan tahapan-tahapan proses klaim. Berkas klaim yang tidak lengkap akan berdampak pada jumlah berkas klaim yang disetujui dan tidak disetujui juga kecepatan dalam hal pengklaiman biaya (Kusairi, 2013).

Menurut (Leonard, 2016) jurnal pengorganisasian klaim pelayanan pasien JKN di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016, adanya faktor input yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen klaim yaitu masih kurangnya pemahaman dan pengetahuan tentang pengisian ICD 10 dan ICD 9 CM sesuai kaidah, masih kurangnya keterampilan SDM coding grouping karena masih

kurangnya pelatihan serta masih ada penempatan SDM yang belum sesuai kompetensi.

Menurut Hasil Penelitian (Malonda, 2015), tentang Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano, masih terdapat beberapa masalah dalam koordinasi, kerja tim, keterlambatan penyerahan, tidak lengkapnya dokumen dan belum adanya billing sistem menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS kesehatan. Masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan rumah sakit, yaitu pengajuan klaim tidak sesuai prosedur dan tarif dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga menimbulkan masalah bagi rumah sakit.

Menurut (Nurdiyanti, Majid dan Rezal, 2017) Ketidaklengkapan berkas pasien disebabkan ketidaklengkapan pengisian rekam medik. Berkas yang tidak lengkap akan berdampak terhadap keuangan rumah sakit, keterlambatan pembayaran berdampak pada mutu pelayanan sehingga tingkat kepuasan dapat menurun. Berdasarkan keterangan hasil penelitian yang diperoleh bahwa data tagihan rumah sakit ke BPJS dibutuhkan untuk diverifikasi dengan data yang ada di BPJS. Yang diajukan rumah sakit yaitu pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Yang menjadi kendala biasanya terjadi laporan operasinya tidak lengkap sehingga tidak bisa diklaim oleh pihak BPJS. Pada verifikasi lanjutan bertujuan untuk menghindari terjadinya eror verifikasi dan potensi klaim ganda.