

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Rumah Sakit**

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan secara Paripurna merupakan pelayanan yang meliputi pencegahan penyakit (preventif), pengobatan penyakit (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif), dan peningkatan kesehatan (promotif). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yaitu:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka memberikan peningkatan kemampuan dalam sebuah pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian pengembangan penapisan pada teknologi bidang kesehatan dalam rangka memberikan peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan pada bidang kesehatan.

Adapun tujuan didirikan rumah sakit menurut Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, yaitu :

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan

- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, dan sumber daya manusia di rumah sakit
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

## **2.1.2 Pelayanan Rumah Sakit**

### **2.1.2.1 Tempat Pendaftaran Pasien**

Menurut Departemen Kesehatan RI 2007, Tempat Pendaftaran Pasien merupakan salah satu faktor penentu peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, karena menjadi pelaksanaan pekerjaan penerimaan pendaftaran pasien rawat inap dengan kualitas pelayanan yang baik, menciptakan tanggapan yang baik dari pasien yang baru saja masuk, menjamin semua kelancaran dan kelengkapan catatan-catatan serta menghemat waktu dan tenaga.

### **2.1.2.2 Rawat Inap**

Menurut Departemen Kesehatan RI 1997, Pelayanan Rawat Inap merupakan kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit, yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan terhadap pasien yang masuk rumah sakit, yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik atau pelayanan medik lainnya. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya.

### **2.1.2.3 Rekapitulasi Pelayanan**

Rekapitulasi Pelayanan berhubungan dengan data-data pasien yang dibutuhkan ketika proses penginputan data dalam *software INA-CBGs (Indonesian Case Base Groups)*, yaitu seperti nama, nomor identitas, diagnosa penyakit, tanggal keluar-

masuk perawatan, jumlah hari perawatan, besar paket, dan jumlah tagihan paket (Depkes, 2013)

#### **2.1.2.4 Casemix**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2014, *Casemix* merupakan suatu sistem pengelompokan diagnosa dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/ sama dengan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, yang pengelompokannya menggunakan *software grouper*.

Terdapat variabel-variabel yang dibutuhkan pada unit *casemix* yang dapat diperoleh dari data rekam medis pasien, yaitu :

- a. Identitas pasien (nomor RM, dll)
- b. Tanggal Keluar-Masuk rumah sakit
- c. Lama hari perawatan (*Length of stay*)
- d. Tanggal lahir
- e. Umur ketika masuk rumah sakit
- f. Umur ketika keluar rumah sakit
- g. Jenis Kelamin
- h. Status keluar rumah sakit (*Outcome*)
- i. Berat badan baru lahir (gram)
- j. Diagnosa utama dan sekunder (komplikasi & ko-morbidity)
- k. Prosedur pembedahan utama (Hosizah, 2016)

Pelayanan kesehatan dengan mutu yang baik, serta biaya yang cukup terjangkau dapat menjadi pegangan dalam menghadapi persaingan yang semakin ketat antar rumah sakit. Karena pengembangan pelayanan rumah sakit dengan pembiayaan atau pembayaran yang terstandar akan membawa impact lebih bagi segala pihak. Sehingga dapat pula dilakukan evaluasi terhadap mutu pelayanan dengan mudah.

### **2.1.2.5 Berkas Pendukung Pasien dan Bukti Pelayanan Lainnya**

Berkas pendukung pasien terdiri dari :

- a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- b. Surat perintah rawat inap
- c. Resume medis yang telah ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- d. Bukti pelayanan lain yang telah ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) bila diperlukan, yaitu :
  - Laporan operasi
  - Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat)  
Pemberian obat khusus
  - Perincian tagihan Rumah sakit (manual atau automatic billing)
  - Berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS, 2014)

### **2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah suatu badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, yang resmi beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014. Menurut Undang-Undang RI Nomor 24 tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/ atau anggota keluarganya. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pelayanan kesehatan sosial yang tidak menerapkan seleksi risiko dalam merekrut kepesertaannya, dengan kata lain seluruh warga Indonesia berhak dan wajib untuk mengikutinya. Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011, semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta JKN-KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. BPJS, dan JKN adalah 2 (dua) istilah yang memiliki arti berbeda,

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan penyelenggaranya, sedangkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan nama program jaminannya. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan diawasi oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dengan memberikan nasihat kepada direksi dalam penyelenggaraan program Jaminan Sosial. BPJS menyelenggarakan sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan transformasi dari PT. Askes, dan PT Jamsostek.

Adapun tugas dari BPJS Kesehatan menurut Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 adalah sebagai berikut :

- a. melakukan dan/ atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial
- f. membayarkan Manfaat dan/ atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial;
- g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

### **2.1.3.1 Prinsip BPJS**

#### **1. Gotong-Royong**

Merupakan prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diimplementasikan dengan membayar iuran wajib sesuai

dengan besar penghasilan, atau gaji yang diperoleh setiap peserta.

2. Nirlaba

Merupakan prinsip pengelolaan usaha dengan mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana yang dialokasikan untuk pemberian manfaat yang sebesar-besarnya kepada seluruh peserta.

3. Keterbukaan

Merupakan prinsip di mana seluruh peserta dengan mudah dapat mengakses informasi yang benar, jelas, dan lengkap.

4. Kehati-hatian

Merupakan prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, dan tertib.

5. Akuntabilitas

Merupakan prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan secara akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Portabilitas

Merupakan prinsip pemberian jaminan yang berkelanjutan, meskipun peserta berpindah tempat tinggal, atau pekerjaan yang masih dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Kepesertaan wajib

Merupakan prinsip yang mewajibkan seluruh penduduk menjadi peserta Jaminan Sosial yang dilaksanakan dengan tahapan-tahapan yang telah diatur.

8. Dana Amanat

Merupakan prinsip di mana iuran yang diperoleh beserta hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta yang dialokasikan sebesar-besarnya bagi kepentingan Jaminan Sosial.

9. Hasil pengelolaan dana Jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

#### **2.1.3.2 Kepesertaan**

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Pasal (4), Peserta JKN-KIS adalah semua orang yang ada di Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :

##### **1. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) :**

Fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Terdiri dari :

PBI APBN, dan PBI APBD

- a. Peserta PBI APBN adalah peserta yang ditanggung oleh pemerintah pusat dari dana APBN.
- b. Peserta PBI APBD adalah peserta yang ditanggung oleh pemerintah daerah dari dana APBD.

##### **2. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), yaitu :**

1. Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya, meliputi :
  - a. Pegawai Negeri Sipil;
  - b. Anggota TNI;
  - c. Anggota Polri;
  - d. Pejabat Negara;
2. Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri; Pegawai Swasta; dan Pekerja yang menerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

### **3. Pekerja Bukan Penerima Upah, dan anggota keluarganya, meliputi :**

1. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan Pekerja yang bukan penerima upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
2. Bukan pekerja dan anggota keluarganya, meliputi :
  - a. Investor;
  - b. Pemberi Kerja;
  - c. Penerima Pensiun, terdiri dari:
  - d. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
  - e. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
  - f. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
  - g. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun;
  - h. Penerima pensiun lain; dan
  - i. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.
  - j. Veteran
  - k. Bukan pekerja yang mampu membayar iuran
  - l. Perintis Kemerdekaan
  - m. Janda, duda, atau anak yatim dan piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan.

#### **2.1.4 Klaim**

Klaim BPJS adalah bentuk pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan



yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015)

Dan, menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 7 Tahun 2018, Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

#### **2.1.4.1 Manajemen Klaim FKTP**

Merupakan pembayaran klaim atas biaya pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). BPJS Kesehatan membayar manfaat atas jaminan pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berbasis Kapitasi, yaitu pembayaran yang didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP tersebut, sedangkan Non Kapitasi, yaitu pembayaran yang didasarkan pada jenis dan jumlah pelayanan yang diberikan.

##### **a. Sistem Pembayaran Kapitasi**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 Tahun 2014, Dana Kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

Sistem pembayaran Kapitasi merupakan sistem pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP yang didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP tersebut, tanpa memperhitungkan jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan di muka setiap bulan.

##### **b. Sistem Pembayaran Non Kapitasi**

Sistem pembayaran Non Kapitasi merupakan sistem pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP yang didasarkan pada jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan.

#### **2.1.4.2 Manajemen Klaim FKRTL**

Merupakan pembayaran klaim atas manfaat jaminan pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan cara *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG) yang didasarkan pada pengelompokan diagnosa penyakit dan prosedur, serta Non paket INA-CBG untuk beberapa pelayanan tertentu.

#### **2.1.4.3 Pengajuan Klaim**

Menurut Peraturan BPJS No.7 Tahun 2008 tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan kepada FKTP, FKRTL akan mengajukan klaim secara kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik, dan lengkap setiap bulan.

Setelah FKRTL mengajukan klaim, BPJS Kesehatan akan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL, selain mengajukan klaim FKRTL harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim (paling lambat 10 hari) sejak klaim diajukan oleh FKRTL, dan diterima oleh BPJS Kesehatan. Ketika klaim diajukan oleh FKRTL tidak memenuhi syarat kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.

Dan ketika BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam jangka waktu 10 (sepuluh) hari, maka berkas klaim dinyatakan lengkap. Hari ke-10 (sepuluh) dihitung mulai hari pengajuan klaim FKRTL yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.

BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap, hal ini dapat dibuktikan dengan diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi yang telah dinyatakan sesuai. Ketika berkas klaim yang dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan belum

sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim akan dikembalikan kepada FKRTL untuk mendapatkan konfirmasi. Pengembalian berkas klaim kepada FKRTL sebagaimana disertai berita acara pengembalian berkas klaim berikut penjelasannya.

Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh FKRTL pada pengajuan klaim bulan berikutnya. BPJS Kesehatan mengajukan persetujuan klaim kepada FKRTL dalam hal proses verifikasi klaim telah selesai dilakukan. Persetujuan klaim akan dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat FKRTL yang berwenang. Hasil persetujuan verifikasi oleh FKRTL diterima kembali oleh BPJS Kesehatan paling lambat 1 (satu) hari setelah formulir diterima oleh FKRTL. Ketika FKRTL pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim, FKRTL dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan.

Berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim dinyatakan lengkap, maka Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.

### **1. Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)**

Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKTP adalah sebagai berikut :

- a. Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
- b. *Softcopy* dan pelayanan bagi Fasilitas Kesehatan yang telah menggunakan aplikasi P-Care/aplikasi BPJS Kesehatan lain (untuk PMI/UTD) rekapitulasi pelayanan

secara manual untuk Fasilitas Kesehatan yang belum menggunakan aplikasi P-Care

- c. Kuitansi asli bermaterai cukup
- d. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
- e. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim (Bukti pendukung pelayanan, kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim)

## **2. Klaim Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)**

Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL adalah sebagai berikut :

- a. Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
- b. *Softcopy* luaran aplikasi
- c. Kuitansi asli bermaterai cukup
- d. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
- e. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim (Bukti pendukung pelayanan, kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim)

### **2.1.4.4 Kadaluaarsa Klaim**

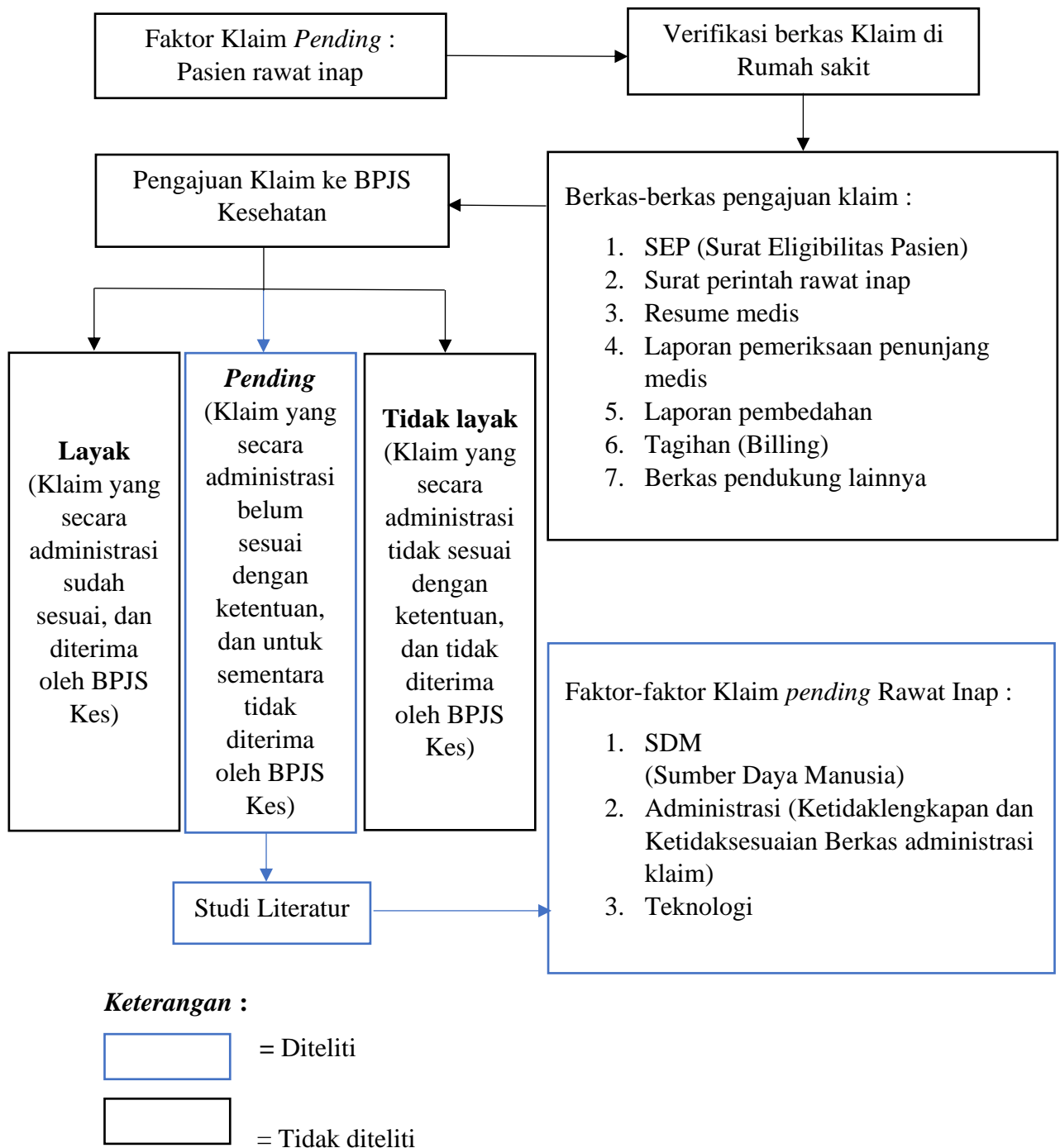
#### **1. Klaim Perorangan**

Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.

#### **2. Klaim Kolektif**

Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep