

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang penyakit. Hakikat dasar rumah sakit adalah pemenuhan kebutuhan dan tuntutan pasien yang mengharapkan penyelesaian masalah kesehatannya pada rumah sakit. Pasien memandang bahwa hanya rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan medis sebagai upaya penyembuhan dan pemulihan atas rasa sakit yang dideritanya. Pasien mengharapkan pelayanan yang siap, cepat, tanggap, dan nyaman terhadap keluhan penyakit pasien (Listiyono, 2015).

Pasal 1 angka 3 UU No 44 Tahun 2009 menyebutkan Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Pasal 4 Undang Undang No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menjelaskan Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

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

2.2 Pelayanan Rumah Sakit

2.2.1 Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur (Permenkes, 2016).

2.2.2 Rekapitulasi Pelayanan

Rekapitulasi pelayanan adalah data-data yang berhubungan dengan pasien yang diperlukan dalam software INA-CBGs yaitu nama, nomor identitas, diagnose penyakit, tanggal masuk dan tanggal keluar perawatan, jumlah hari rawat, besarnya tarif paket dan jumlah tagihan paket (Manaida et al., 2016).

2.2.3 Casemix

Case-mix merupakan sistem pembayaran kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan (Oktamianiza, 2013). Di Indonesia, Casemix (case based payment) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), yaitu metode pembayaran prospektif. Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang (Hidayah, 2019).

Pada casemix membutuhkan 14 variabel yang diperoleh dari data rekam medis antara lain :

1. Identitas pasien (nomor RM, dll)
2. Tanggal masuk rumah sakit

3. Tanggal keluar rumah sakit,
4. Lama hari rawat (LOS)
5. Tanggal lahir
6. Umur (th) ketika masuk RS
7. Umur (hr) ketika masuk RS
8. Umur (hr) ketika keluar RS
9. Jenis kelamin
10. Status keluar RS (*outcome*)
11. Berat badan baru lahir (gram)
12. Diagnosis utama
13. Diagnosis sekunder (komplikasi & komorbiditi)
14. Prosedur/pembedahan utama (Nisaa, 2019).

2.2.4 Verifikasi Administrasi Klaim

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

a) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

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 administrasi pelayanan adalah :

1. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan.
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. Perlu dilakukan dilakukan konfirmasi lebih lanjut (BPJS Kesehatan, 2014b)

2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Pemerintah Republik Indonesia, 2011). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

(BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia terutama untuk Pegawai Negeri Sipil dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. Dengan perkataan lain BPJS Kesehatan merupakan badan hukum nirlaba yang bertanggung jawab kepada Presiden. Sebagai Badan hukum nirlaba maka BPJS Kesehatan adalah perusahaan yang tidak mencari keuntungan. BPJS Kesehatan merupakan bagian dari sistem jaminan nasional (Mariyam, 2018).

Jenis kepesertaan BPJS sebenarnya dibagi menjadi beberapa kategori kepesertaan yaitu peserta BPJS PBI (Penerima bantuan iuran) dan Non PBI (non penerima bantuan iuran), Peserta BPJS PBI disebut juga sebagai peserta penerima bantuan iuran dari pemerintah yang iuran bulanannya dibayarkan oleh pemerintah, sedangkan non-pbi adalah iuran dibayar masing – masing perbulanannya. Peserta BPJS PBI di bagi lagi menjadi 2 golongan yaitu peserta BPJS PBI APBD (dulu pemegang kartu Jamkesda) yang iuran bulanannya menjadi tanggungan pemerintah daerah dan peserta BPJS PBI APBN (dulu pemegang kartu jamkesmas) yang iuran bulanannya menjadi tanggung pemerintah pusat. Sedangkan untuk peserta BPJS Non PBI di bagi lagi menjadi 2 kategori, yakni peserta BPJS Mandiri dan peserta BPJS (PPU) Pekerja Penerima upah, peserta BPJS Mandiri diperuntukan untuk golongan bukan pekerja (BP) dan golongan pekerja bukan penerima upah (PBPU) sedangkan peserta bpjs PPU diperuntukan untuk golongan pekerja penerima upah atau pekerja yang bekerja di sebuah perusahaan baik perusahaan pemerintah (PNS/TNI Polri) maupun pegawai swasta (Taufiqul et al., 2017)

2.4 Klaim

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Manaida et al., 2016). Kelengkapan dokumen klaim BPJS yang diajukan oleh rumah sakit kepada pihak BPJS meliputi ; rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari surat eligibilitas peserta (SEP), resume medis/laporan status pasien/keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, bukti pelayanan lainnya, misalnya ; protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit (manual

atau automatic billing) dan berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2014a).

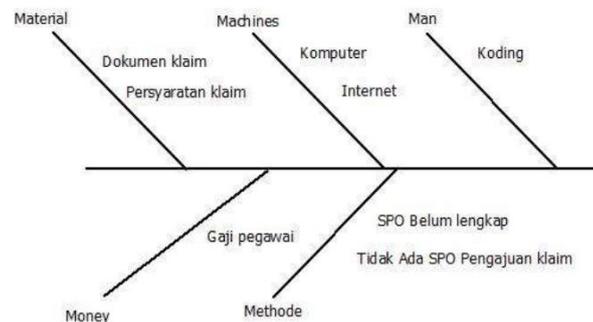
Kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, yaitu sebagai 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 (Lewiani et al., 2017)

2.4.1 Pending Klaim

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 (Valentina & Halawa, 2018).

Proses pengklaiman BPJS sudah menggunakan program INA-CBGs. Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS di rumah sakit harus melalui tahap verifikasi berkas sehingga verifikator BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi pelayanan dan memastikan kesesuaian diagnosis serta prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD- 9. Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak diklaim, namun berkas yang tidak layak diklaim/pending harus dikembalikan ke rumah sakit untuk melalui tahap konfirmasi. Hal ini disebabkan karena adanya perbedaan diagnosis antara petugas rumah sakit dengan verifikator BPJS (Nurdiah & Iman, 2016)

Faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan persyaratan klaim BPJS rawat inap dapat diketahui dengan menggunakan diagram ishikawa atau diagram tulang ikan (*fish bone*). Pembuatan diagram sebab akibat ini bertujuan agar dapat memperlihatkan faktor-faktor penyebab (*root cause*) dan karakteristik kualitas effect yang disebabkan oleh faktor-faktor penyebab tersebut. Umumnya diagram sebab akibat menunjukkan 5 faktor yaitu *man* (manusia), *method* (metode), *material* (bahan), *machine* (mesin), dan *money* (uang) (Rohman et al., 2021).

Gambar 1 *Fishbone* faktor pending klaim

Sumber : (Rohman et al., 2021)

Panduan Manual Verifikasi Klaim INA CBG Edisi 2 disusun berdasarkan diagnosa dan prosedur terbanyak yang terdiri atas manual verifikasi terkait koding, aspek klinis, dan administrasi. Diharapkan dengan adanya Manual Verifikasi Klaim INA CBG Edisi 2 ini dapat meminimalisir terjadinya dispute claim baik dari sisi koding, klinis, maupun administrasi (BPJS Kesehatan, 2018).

2.4.1.1 Penyebab Klaim Pending dari Aspek Koding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD 10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD 9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Koding dalam INA–CBGs menggunakan ICD 10 Tahun 2008 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD 9-CM untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkoding berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien (Permenkes, 2014).

Kendala yang ditemukan pada proses penginputan ialah koding yang tidak tepat dengan diagnosis penyakitnya. Alasannya karena dipengaruhi oleh tulisan dokter yang tidak jelas atau sulit dibaca oleh petugas klaim. Sehingga menyebabkan pengembalian berkas yang nantinya akan dilakukan konfirmasi kembali ke DPJP yang bersangkutan agar proses penginputan antara koding dan diagnosis tersebut valid (Amir et al., 2020).

2.4.1.2 Penyebab Klaim Pending dari Aspek Medis

Dispute Medis disebabkan karena adanya ketidaksepahaman antara verifikator dengan petugas klaim di rumah sakit mengenai diagnosis yang diajukan, banyaknya kasusnya bedah yang mengalami Permasalahan disebabkan karena tidak

disertai dengan bukti penunjang. Selain itu disebabkan juga karena belum adanya regulasi atau literatur yang akan digunakan untuk proses penyelesaian klaim yang tidak disetujui oleh verifikator terkait masalah koding maupun diagnosis (Amir et al., 2020).

Kesalahan dalam diagnosis dapat menimbulkan terjadinya klaim dispute yang mempengaruhi proses klaim. Dispute atas klaim pelayanan kesehatan karena adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL terkait masalah medis yang tidak sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) (Permenkes, 2014)

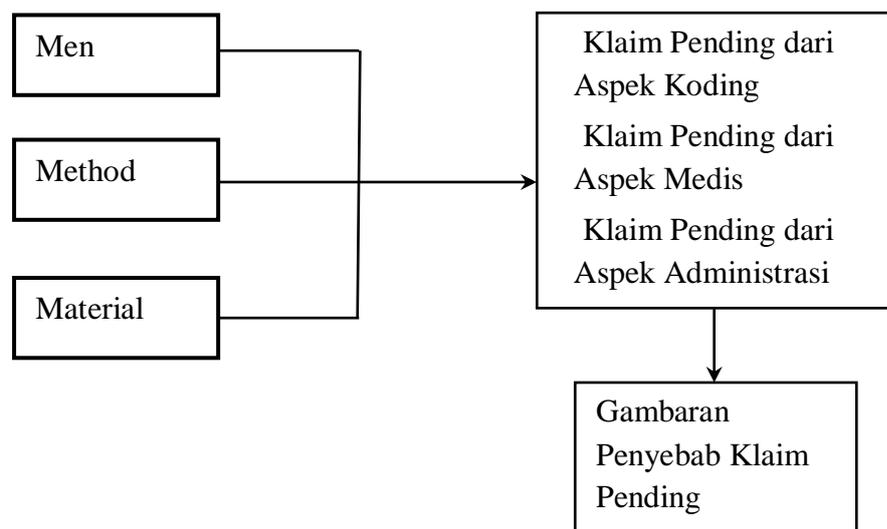
2.4.1.3 Penyebab Klaim Pending dari Aspek Administrasi

Menurut (Ilyas, 2006), sebagaimana yang dikutip oleh (Sihombing et al., 2018), administrasi Klaim menurut definisi HIAA (*Health Insurance Association Of America*) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim.

Dispute Administrasi disebabkan karena adanya penyalahgunaan kartu, cara pulang pasien yang tidak sesuai, tidak adanya bukti penunjang dan terapi, serta terdapat kesalahan pada data demografi (Amir et al., 2020).

2.2 Kerangka Teori

Gambar 2 Kerangka Teori



Sumber : (Rohman et al., 2021) dan (Amir et al., 2020)

2.3 Kerangka Konsep

Gambar 3 Kerangka Konsep



Sumber : (Rohman et al., 2021) dan (Amir et al., 2020)