

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medic (WHO, 2013).

Sedangkan pengertian Rumah Sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, dinyatakan bahwa: “Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan”.

Dari pengertian diatas, rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari risiko dan gangguan kesehatan sebagaimana yang dimaksud, sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan.

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.

2.1.1 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Menurut Pasal 4 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu, Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Untuk menjalankan tugas sebagaimana yang dimaksud, rumah sakit mempunyai fungsi :

- 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 8 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.

2.2 Pelayanan Rumah Sakit

2.2.1 Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk ke rumah sakit yang menggunakan tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan penunjang medik lainnya ((Haryanto, 2003)

2.2.2 Rekapitulasi Pelayanan

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

2.2.3 Casemix

Casemix merupakan sistem pembayaran kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan (Oktamianiza, 2013). Sistem casemix juga diartikan sebagai suatu sistem pengelompokan beberapa diagnosis penyakit yang mempunyai gejala/ciri yang sama serta pemakaian sumber daya (biaya perawatan) yang sama dan prosedur/tindakan pelayanan di suatu rumah sakit kedalam grup-grup. Sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan dan jangkauan dalam pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu unsur pembiayaan pasien berbasis kasus campuran, merupakan suatu cara meningkatkan standar pelayanan kesehatan rumah sakit.

Casemix membutuhkan 14 variabel yang dapat diperoleh dari data rekam medis, antara lain:

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal masuk dan tanggal keluar rumah sakit
- c. Length of stay (lama hari rawat)
- 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. Diagnosis utama dan sekunder (komplikasi& ko-morbiditi)
- k. Prosedur pembedahan utama (Hosizah, 2016)

2.2.4 Berkas Pendukung Pasien dan Bukti Pelayanan lainnya :

Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:

1) Rawat Inap

- Surat Perintah Rawat Inap
- Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- Resume medis yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung :
 - a. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus untuk Onkologi
 - b. Resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, collar neck, corset, dll)
 - c. Tanda terima alat bantu kesehatan

2.2.5 Verifikasi Administrasi Klaim

Verifikasi dokumen klaim JKN menjadi hal yang penting dikarenakan FKRTL berkewajiban melengkapi dokumen klaim sebelum pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dikarenakan segala biaya pelayanan yang telah diberikan oleh FKRTL kepada pasien wajib dilaporkan kepada BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian sesuai besaran biaya yang telah dikeluarkan sesuai tarif INACBG's (Indonesia Case Base Groups). Menurut peraturan BPJS Kesehatan, dokumen klaim rawat jalan tingkat lanjutan harus diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA-CBG's Kementerian Kesehatan yang berlaku.

Berdasarkan Panduan Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, terdapat dua 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 kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs.

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah:

- a. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas).
- b. Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
- c. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, jaminan kesehatan yaitu jaminan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar seluruh rakyat Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Kehadiran BPJS Kesehatan memiliki peran sentral dalam mewujudkan sistem jaminan sosial nasional bidang kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan berbeda. JKN

merupakan nama programnya, sedangkan BPJS Kesehatan adalah badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional).

2.4 Klaim BPJS

2.4.1 Pengertian Klaim

Secara umum, klaim adalah tuntutan penanggung kepada tertanggung sesuai dengan kontrak perjanjian yang sudah disepakati sebelumnya yang harus dipenuhi oleh pihak penanggung. 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 (Santiasih et al., 2021). BPJS Kesehatan membayarkan manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang meliputi pembayaran manfaat jaminan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

2.4.2 Manajemen Klaim Fasilitas Kesehatan

1. Manajemen Klaim FKRTL

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) secara Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's) didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur dan non paket INA-CBG's untuk beberapa item pelayanan tertentu.

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

1. Kelengkapan administrasi umum terdiri dari :
 - a. Surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan

- b. Kwitansi asli bermaterai
- c. Surat tanggung jawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh Pimpinan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut atau pejabat yang setingkat direktur yang telah diberi kewenangan.

2. Kelengkapan administrasi khusus terdiri dari :

- a. Bukti pendukung pelayanan
- b. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim.

2.4.3 Klaim Pending

2.4.3.1 Pengertian Klaim Pending

Klaim Pending yaitu klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit.

2.4.3.2 Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim sering terlambat disebabkan karena dokumen tidak lengkap dan waktu penyeteroran yang lambat sehingga mempengaruhi pada proses coding dan entri data serta verifikasi. Menurut Peraturan BPJS No. 7 Tahun 2018 tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kepada FKRTL, FKRTL akan mengajukan klaim secara kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodic dan lengkap setiap bulan. BPJS Kesehatan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL setelah FKRTL mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan. Dalam hal klaim yang diajukan oleh FKRTL jika tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, maka BPJS Kesehatan akan mengembalikan seluruh berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.

Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam 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 dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi yang telah dinyatakan sesuai. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim 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 dilaksanakan. Persetujuan klaim akan dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat FKRTL yang ditunjuk. Hasil persetujuan verifikasi oleh FKRTL diterima kembali oleh BPJS Kesehatan paling lambat 1 (satu) hari setelah formulir diterima oleh FKRTL. Dalam hal FKRTL pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim, FKRTL dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim BPJS Kesehatan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut 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 otomatis dinyatakan lengkap.

2.4.3.3 Pengajuan Klaim Rawat Inap Tingkat Lanjutan

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA-CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
- b. Tarif paket INA-CBGs yang telah sesuai dengan ketentuan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No. 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- c. Tarif paket INA CBGs 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
- d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi INACBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan hardcopy (berkas pendukung klaim). Tagihan klaim pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur atau Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.
- e. Klaim yang diajukan kepada Kantor Cabang atau Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:
 1. Rekapitulasi pelayanan
 2. Berkas pendukung pasien, yang terdiri dari:
 - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - b) Surat Perintah Rawat Inap
 - c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP

- f. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP seperti laporan operasi, rotokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan Rumah Sakit, berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS, 2014).

2.4.3.4 Penyebab Klaim Pending dari Aspek Koding

Koding merupakan menentukan kode dari diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku di Indonesia yaitu ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions) dengan menggunakan kombinasi huruf dan angka yang bertujuan untuk mempermudah pengelompokan penyakit dan operasi (Depkes, 2006). Tenaga medis sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode. Kendala yang ditemukan pada proses koding ialah koding yang tidak tepat dengan diagnosis penyakitnya. Alasannya karena dipengaruhi oleh tulisan dokter yang tidak jelas atau sulit dibaca, sehingga menyebabkan pengembalian berkas yang nantinya akan dilakukan konfirmasi kembali ke DPJP yang bersangkutan agar proses pengajuan antara koding dan diagnosis tersebut valid (Purwanti, 2016).

Menurut (dicky, 2008) Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi 10 (ICD-10, International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision).

2.4.3.5 Penyebab Klaim Pending dari Aspek Medis

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, pengertian medis adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan bidang kedokteran. Penyakit-penyakit seperti flu, batuk, malaria tumor, kanker, serta penyakit-penyakit lain yang umum dikenal dengan penyakit yang dapat didiagnosa dan dijelaskan secara medis sehingga dapat dicari pengobatannya secara pasti. 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) (Kementrian Kesehatan, 2018).

2.4.3.6 Penyebab Klaim Pending dari Aspek Administrasi

Administrasi adalah seluruh proses kerja sama antara dua orang atau lebih dalam mencapai tujuan dengan memanfaatkan sarana dan prasarana tertentu. Administrasi juga dapat diartikan sebagai usaha atau kegiatan yang berkenaan dengan penyelenggaraan kebijaksanaan untuk mencapai tujuan. Jadi dapat disimpulkan bahwa administrasi merupakan sebuah kegiatan yang dilakukan bersama-sama untuk mencapai apa yang menjadi tujuan bersama (Nurharpani, 1999).

Menurut Siagian (Nurharpani, 1999) administrasi adalah: “Keseluruhan proses kerjasama antara dua orang atau lebih yang didasarkan atas rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan”. Selain itu ada juga beberapa ciri-ciri administrasi, yaitu sebagai berikut:

1. Adanya kelompok manusia yang terdiri atas 2 (dua) orang atau lebih.
2. Adanya kerjasama.
3. Adanya proses usaha.
4. Adanya bimbingan, kepemimpinan, dan pengawasan dan,

5. Adanya tujuan

2.4.4 Klaim Layak

Klaim layak adalah klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dan memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian sehingga dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

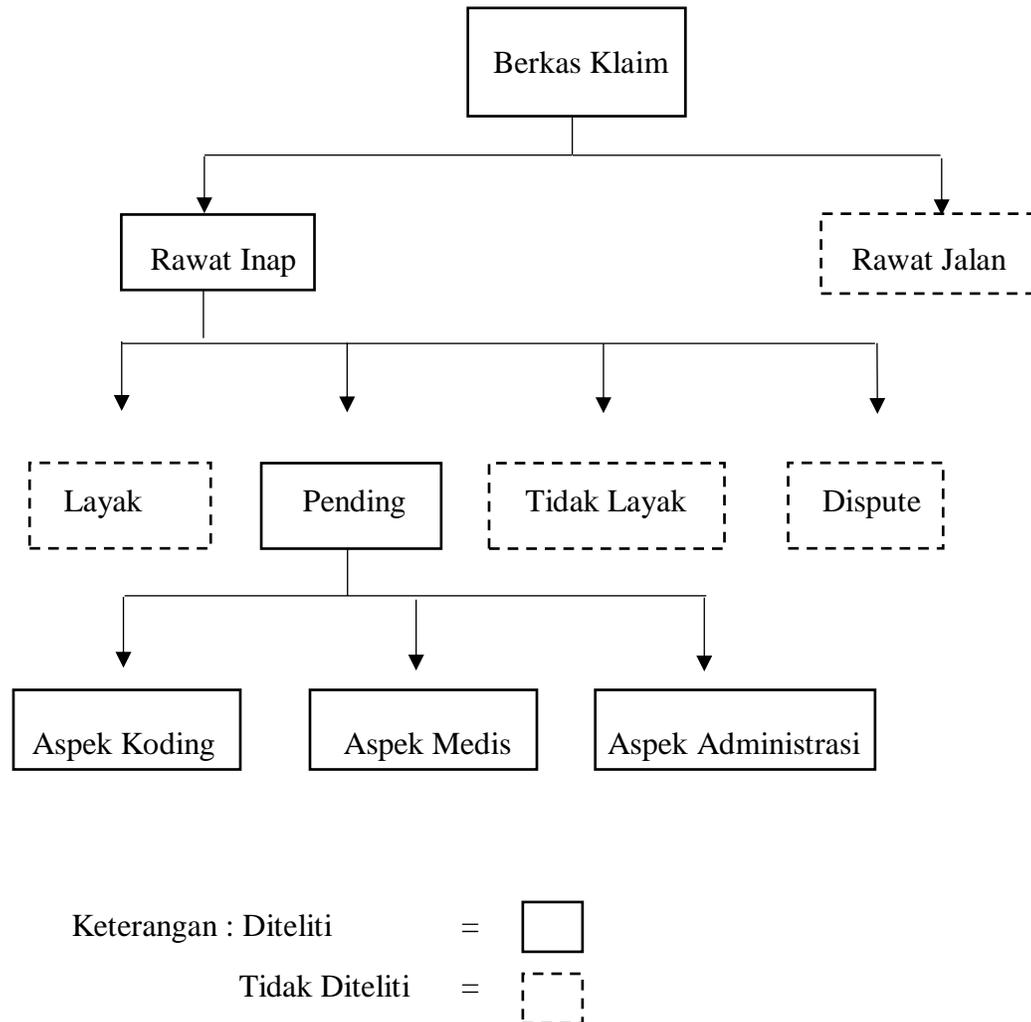
2.4.5 Klaim Tidak layak

Klaim tidak layak adalah klaim yang sudah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

2.4.6 Klaim *Dispute*

Klaim *dispute* adalah klaim atas pelayanan kesehatan yang belum dapat disetujui pembayarannya oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit yang dinyatakan dengan Berita Acara Dispute Klaim.

2.4.7 Kerangka Konsep



Bagan 2.1 Kerangka Konsep