

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, 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 paripurna yaitu pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. WHO (*World Health Organization*) juga menjelaskan bahwa rumah sakit merupakan bagian integral dari sebuah organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit memiliki tugas yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan yang paripurna meliputi pelayanan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam menjalankan tugasnya, rumah sakit juga mempunyai fungsi. Berikut adalah fungsi rumah sakit :

1. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan rumah sakit.
2. Melakukan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Melakukan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit diklasifikasikan berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

1. Rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua jenis penyakit. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 30 Tahun 2019, rumah sakit umum dibagi menjadi 4 jenis, yaitu :
 - a) Rumah Sakit Tipe A, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat pelayanan spesialis dasar, lima penunjang medik spesialis, 12 spesialis lain selain spesialis dasar, dan tiga belas subspecialis. Contoh rumah sakit tipe A yaitu RS Umum Daerah Dr. Soetomo dan RS Umum Daerah Dr. Saiful Anwar
 - b) Rumah Sakit Tipe B, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat pelayanan medik spesialis dasar, empat pelayanan spesialis penunjang medik, delapan pelayanan medik spesialis lainnya, dan dua pelayanan medik subspecialis dasar. Contoh rumah sakit tipe B yaitu Rumah Sakit PHC Surabaya dan RS Umum Lavalette Malang.
 - c) Rumah Sakit Tipe C, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat pelayanan medik spesialis dasar dan empat pelayanan spesialis penunjang medik. Contoh rumah sakit tipe C yaitu Rumah Sakit Al- Irsyad dan RS Umum Hermina Tangkubanprahu.
 - d) Rumah Sakit Tipe D, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit dua pelayanan medik spesialis dasar. Contoh rumah sakit tipe D yaitu RS TNI AL Dr. Oepomo dan Rumah Sakit Lawang Medika.
2. Rumah Sakit Khusus, yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Dalam pasal 14 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 30 Tahun 2019, disebutkan bahwa rumah sakit khusus mencakup Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak, Jantung, Kanker, Orthopedi, Paru, Jiwa, Kusta, Mata, Ketergantungan Obat, Stroke, Penyakit Infeksi, Bersalin, Gigi dan Mulut, Rehabilitasi Medik, Telinga Hidung Tenggorokan, Bedah, Ginjal, Kulit dan Kelamin.

Sedangkan berdasarkan jenis pengelolaannya, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat.

1. Rumah Sakit Publik, merupakan rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Penyelenggaraannya berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
2. Rumah Sakit Privat, merupakan rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero dengan tujuan profit.

2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau yang lebih dikenal dengan sebutan BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran (UU RI Nomor 24 Tahun 2011). Sesuai dengan Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018, jaminan kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah. Selanjutnya, dalam Pasal 10 Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 disebutkan bahwa tugas BPJS sebagai berikut :

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta.
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

2.1.3 Pelayanan Rawat Jalan

Hengky Krismanto dan Surya Irianto (2020) menjelaskan bahwa pelayanan rawat jalan merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien atau masyarakat yang pelayanannya tidak melebihi dari 24 jam pelayanan yang diberikan bertujuan untuk pengamatan, diagnosis, pengobatan, pemulihan, serta pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mewajibkan pasien untuk di rawat inap.

Pelayanan rawat jalan yaitu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan tujuan untuk konsultasi, pemeriksaan, dan pengobatan penyakit yang dapat disembuhkan dalam waktu cepat.

2.1.4 Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, klaim merupakan tuntutan atas suatu fakta bahwa seseorang mempunyai hak atas sesuatu. Klaim merupakan tagihan atau tuntutan imbalan atas jasa yang diberikan oleh rumah sakit melalui tenaga kerja dokter, perawat, dan lainnya atas pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien (EP, 2018). Menurut Ardhitya et al, (2015) klaim BPJS Kesehatan merupakan pengajuan biaya perawatan pasien yang dilakukan rumah sakit kepada BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulannya.

Fasilitas Kesehatan dapat mengajukan klaim setiap bulan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya (Permenkes RI No 28 Tahun 2014). Menurut Susan et al, (2016), rumah sakit berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS Kesehatan sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif *Indonesia Case Base Groups* atau INA CBGs.

2.1.5 Verifikasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional

Dalam Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2014 Bab V, disebutkan bahwa klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan harus dilakukan verifikasi terlebih dahulu oleh verifikator BPJS Kesehatan. Berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun (2014), proses verifikasi klaim dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu verifikasi administrasi, verifikasi pelayanan kesehatan dan verifikasi menggunakan *software* INA CBGs.

1. Verifikasi administrasi

Berkas klaim rawat jalan yang akan diverifikasi meliputi surat eligibilitas peserta (SEP), bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis, prosedur yang ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), serta bukti pendukung seperti protokol terapi dan regimen obat khusus, resep alat kesehatan, dan tanda terima alat kesehatan. Verifikasi administrasi klaim dilakukan dengan dua tahapan yaitu :

- a. Verifikasi Administrasi Kepesertaan, merupakan kegiatan meneliti dan menyesuaikan berkas klaim rawat jalan yaitu antara surat eligibilitas peserta (SEP) dengan data yang diinput ke dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya.
 - b. Verifikasi administrasi pelayanan, merupakan kegiatan mencocokkan dan menyesuaikan berkas klaim rawat jalan dengan berkas yang sudah dipersyaratkan. Apabila terjadi ketidaksesuaian, maka berkas dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi. Untuk kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis, maka perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.
2. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus diperhatikan saat melakukan verifikasi pelayanan kesehatan pada episode rawat jalan yaitu :

- a. Verifikator harus memastikan kesesuaian kode diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM.
- b. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama.
- c. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) termasuk rawat jalan
- d. Pada kasus *special* CMGs harus dilampirkan bukti pendukungnya
- e. Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis

utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder diagnosa Z (kontrol).

3. Verifikasi Menggunakan *Software* INA CBGs

Ada beberapa tahapan yang dapat dilakukan saat melakukan verifikasi menggunakan software INA CBGs, antara lain :

- a. Purifikasi data, yaitu kegiatan untuk memvalidasi *output* INA CBGs yang ditagihkan terhadap data penerbitan SEP.
- b. Proses verifikasi administrasi, yaitu kegiatan mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung serta hasil entry rumah sakit. Setelah proses ini selesai, maka verifikasi dapat melihat status klaim yang layak, tidak layak, dan pending secara administrasi.
- c. Proses verifikasi lanjutan, yaitu kegiatan verifikasi yang dilakukan secara berurutan dan disiplin sesuai dengan tujuh langkah verifikasi lanjutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi double klaim.
- d. Finalisasi Klaim
- e. Umpan balik pelayanan
- f. Kirim file

2.1.6 Klaim Pending

Klaim pending merupakan klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan sehingga harus dikembalikan ke rumah sakit. Pengembalian klaim berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke rumah sakit dan dapat merugikan keuangan rumah sakit yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan di rumah sakit. Klaim pending disebabkan oleh beberapa faktor antara lain :

a. Faktor Administrasi

Menurut (Ilyas, 2006), sebagaimana yang dikutip oleh Sihombing et al, (2018), administrasi klaim menurut definisi *Health Insurance Association Of America* merupakan 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. Klaim pending dari aspek administrasi disebabkan karena ketidaklengkapan dokumen, penyalahgunaan kartu, tidak adanya bukti

penunjang dan terapi, serta terdapat kesalahan pada data demografi (Amir et al., 2020).

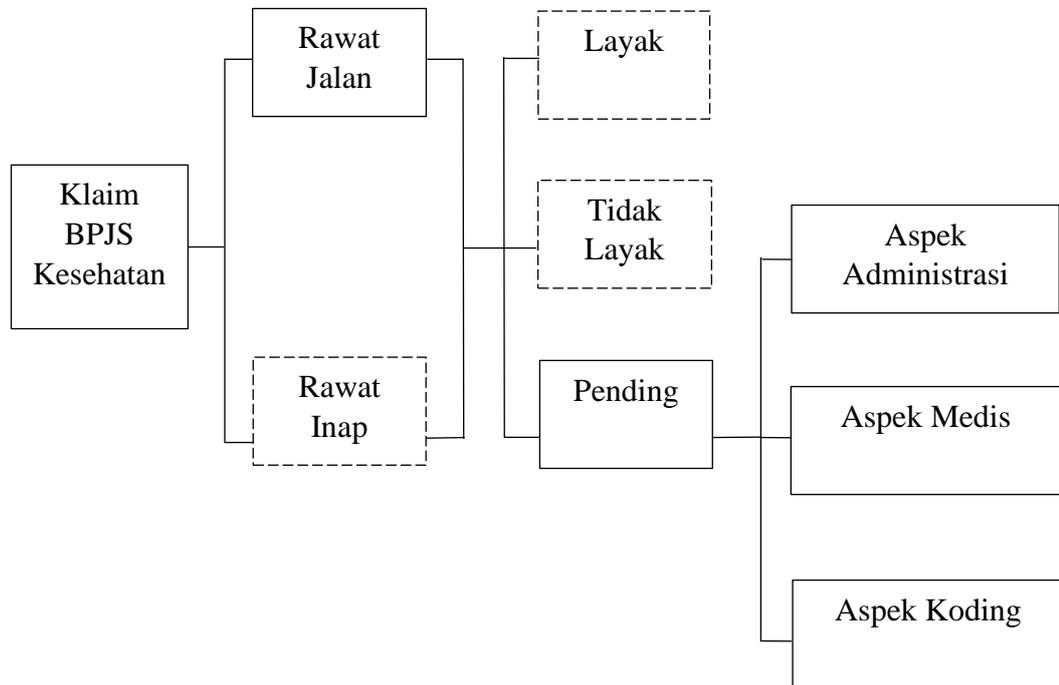
b. Faktor Medis

Kesalahan dalam pelayanan medis dikarenakan kesalahan pengisian resume medis, laporan penunjang, penetapan episode rawat, penulisan diagnosis, pemberian kode penyakit, serta tanda tangan DPJP (Oktamianiza et al., 2021). Ayu Nadya et al,(2019) juga menjelaskan bahwa ketidaklengkapan pengisian resume medis menjadi salah satu penyebab terjadinya klaim pending serta dapat menyulitkan koder dan verifikator dalam melakukan kodifikasi sesuai dengan diagnose. Resume medis merupakan dokumen yang berisi informasi mengenai identitas pasien, tanggal dan waktu, anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, prosedur terapi, obat, dan pelayanan lain yang telah diberikan (Permenkes RI No 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008, 2008).

c. Faktor Koding

Koding merupakan merupakan kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD 10 dan kode prosedur sesuai dengan ICD 9-CM (Permenkes RI No. 27 Tahun 2014). Koding sangat berpengaruh dalam sistem pembayaran prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit. Klaim pending dari aspek koding disebabkan karena adanya kesalahan dalam proses pengkodean, tulisan dokter yang tidak jelas, dan koding yang tidak sesuai dengan diagnosis penyakitnya (Amir et al., 2020).

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka konsep penelitian

Keterangan :

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti