

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.

2.1.2 Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap merupakan suatu bentuk perawatan, dimana pasien dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu tertentu. Rawat inap (opname) adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, dimana pasien diinapkan di suatu ruangan rumah sakit.

Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang masuk rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya menurut Depkes RI, 1997 dalam (Damayanti, 2021)

2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial 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 :

- 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.

2.1.4 Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan

Klaim BPJS diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 pada bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi INA-CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan hardcopy (dokumen 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. 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. Dokumen pendukung pasien, yang terdiri dari:
 - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

- b) Surat perintah rawat inap
- c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
- d) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP seperti laporan operasi, rotokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat)
- e) Perincian tagihan Rumah Sakit
- f) dokumen pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2014a).

Menurut Peraturan BPJS No.7 Tahun 2018 tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kepada FKRTL, BPJS Kesehatan akan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL setelah FKRTL mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan. Jika terdapat klaim yang tidak memenuhi syarat kelengkapan dokumen klaim, BPJS Kesehatan akan mengembalikan dokumen klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian dokumen klaim. Apabila BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan dokumen klaim dalam jangka waktu 10 (sepuluh) hari, dokumen klaim dinyatakan lengkap. Hari ke-10 (sepuluh) dihitung mulai hari pengajuan klaim FKRTL yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim (BPJS Kesehatan, 2018).

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 (2014b), 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 dientri kedalam 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.

2.1.6 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

Kesalahan administrasi kepesertaan dikarenakan terdapat persyaratan pendaftaran pasien yang tidak lengkap seperti ketersediaan kartu BPJS kesehatan asli dan fotocopy, fotocopy identitas diri (KK) dan input SEP. Pada proses persetujuan klaim petugas verifikator BPJS mencocokkan seluruh administrasi dengan data kepesertaan pasien. Ketika tidak ada fotocopy kartu BPJS, fotokopy KTP atau fotokopy KK yang dilampirkan, maka persyaratan klaim tidak disetujui oleh verifikator BPJS (Damayanti, 2021).

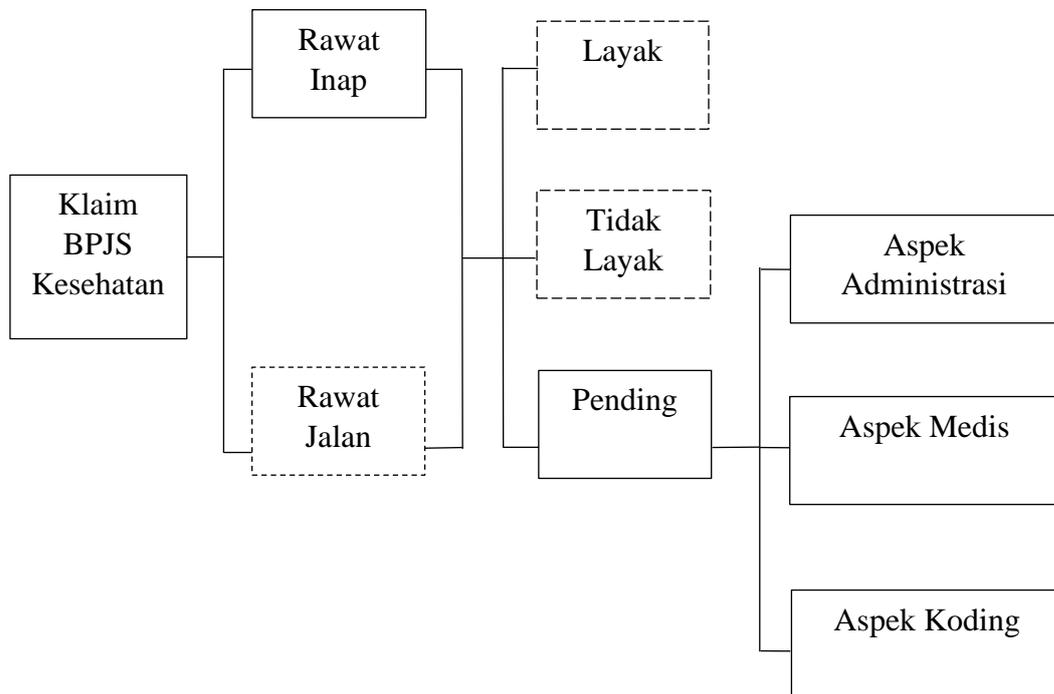
b. Faktor Medis

Kesalahan pelayanan medik dikarenakan terdapat kesalahan dalam pengisian dan kelengkapan dokumen resume medis, laporan penunjang, penetapan episode rawatan, penulisan diagnose dan pemberian kode penyakit serta pengesahan tanda tangan DPJP pada lembar INA- DRG dan penepatan LOS (Oktamianiza Rahmadhani Yulia, 2021).

c. Faktor Koding

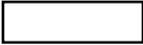
Kesalahan ketepatan kode penyakit dikarenakan kurang telitinya pihak koder dalam penetapan kode, pemberian kode diagnosa sekunder dan tindakan untuk menunjang ketepatan kode diagnosa utama dan petunjuk penggunaan ICD-10 untuk merujuk kode pada Vol. 3 ke Vol.1 ICD-10 (Oktamianiza Rahmadhani Yulia, 2021)

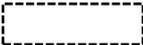
2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka konsep penelitian

Keterangan :

 : Variabel yang diteliti

 : Variabel yang tidak diteliti