

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Pustaka**

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

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2018 rumah sakit adalah tempat pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2018). Menurut Undang-Undang republic Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative (Kemenkes RI, 2009). Untuk menjalankan tugasnya, rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

- 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

- d. Penyelenggaraan penelitian pengembangan penapisan pada teknologi bidang kesehatan dalam rangka memberikan peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan pada bidang kesehatan.

### **2.1.2 Pelayanan Rawat Inap**

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit (Kepmenkes RI, 2003).

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

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (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 penting 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 diawasi oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

#### 2.1.4 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 Kesehatan adalah 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 (Salma et al., 2020). BPJS Kesehatan membayarkan manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yang meliputi pembayaran manfaat jaminan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

Pada prosedur pengajuan klaim dimulai dari pasien melakukan pendaftaran pemeriksaan, lalu berkas rekam medik dikirim ke poli untuk dilakukan pemeriksaan dan pengisian resume medis serta penunjang lainnya kemudian berkas akan menuju apotek sebagai sarana pengambilan obat dan menuju rekam medik untuk dilakukan entry grouping pada Ina CBG's. Ketika berkas rekam medik sudah masuk di ruangan rekam medik khususnya dalam bagian *assembling*, persyaratan yang harus dilengkapi harus lebih detail lagi, tidak hanya persyaratan administrasi tetapi sudah meliputi suatu berkas syarat pengajuan klaim (Kusumawati, 2020).

### **2.1.5 Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan**

Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan harus dilakukan verifikasi terlebih dahulu oleh verifikator BPJS Kesehatan (Permenkes RI, 2014). Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim Tahun 2014 proses verifikasi klaim dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu verifikasi administrasi dan verifikasi menggunakan software INA-CBGs.

#### **1. Verifikasi administrasi**

Dokumen klaim rawat inap yang akan diverifikasi meliputi surat eligibilitas peserta (SEP), bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta 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**

Administrasi kepesertaan merupakan kegiatan meneliti dan menyesuaikan dokumen klaim rawat inap yaitu antara surat eligibilitas peserta (SEP) dengan data yang dientry ke dalam aplikasi INA-CBGs dengan dokumen pendukung lainnya.

b. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Administrasi pelayanan merupakan kegiatan mencocokkan dan menyesuaikan dokumen klaim rawat inap dengan dokumen yang sudah dipersyaratkan. Apabila terjadi ketidaksesuaian, maka dokumen 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 menggunakan software INA-CBGs dilakukan dengan cara:

a. Purifikasi data

b. Melakukan proses verifikasi administrasi

c. Proses verifikasi lanjutan

d. Finalisasi klaim

e. Umpan balik pelayanan

f. Kirim file (Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan, 2014)

Dalam proses verifikasi BPJS Kesehatan akan melakukan pengecekan terhadap berkas klaim pasien rumah sakit untuk melihat layak atau tidaknya klaim tersebut untuk ditagihkan.

Pada klaim yang tidak layak verifikasi akan melakukan pengembalian berkas klaim karena verifikasi menemukan permasalahan pada berkas klaim tersebut. Berkas klaim yang dilakukan pengembalian dianggap tidak layak untuk memenuhi standar dalam proses penagihan klaim dan oleh pihak rekam medik akan dilakukan perbaikan pada berkas klaim untuk ditagihkan ulang kepada pihak BPJS Kesehatan.

### **2.1.6 Klaim Pending**

Penagihan klaim dilakukan setiap bulan melalui pengiriman txt pada aplikasi V-Claim diikuti kelengkapan berkas klaim pada pasien rawat inap yaitu Surat Egibilitas Peserta (SEP), Fotokopi kartu BPJS, Surat Rujukan, Surat bukti perawat, Surat pengantar rawat inap, resume medis, penunjang pelayanan lain, resep obat dan kuintansi pembayaran. Fungsi dari klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS dari rumah sakit untuk pihak BPJS, yang sebelumnya biaya perawatan pasien ditanggung oleh rumah sakit (Aditya Pradani dkk., 2017).

Pada saat pengajuan klaim dari rumah sakit apabila ditemukan ketidaklengkapan berkas pada saat melakukan verifikasi klaim akan terjadi pengembalian berkas klaim, ketidaksesuaian berkas yang diajukan dengan data pada aplikasi INA CBGs maka pihak verifikasi berhak melakukan pengembalian pada rumah sakit untuk dilakukan perbaikan berkas klaim. Tidak sesuai ketuntasan pelayanan kesehatan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena sesuai dengan panduan teknis verifikasi klaim bahwa verifikasi BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas untuk memperoleh bukti atas klaim yang mendapat perhatian dan mengembalikan klaim untuk dilengkapi

atau diperbaiki oleh petugas (Sugiharto et al., 2016). Menurut pembahasan (Oktamianiza dkk., 2021) faktor-faktor penyebab klaim pending antara lain:

### **1. Faktor Kesesuaian Administratif Kepesertaan**

Kesesuaian administratif kepesertaan berdasarkan analisis jurnal masih terjadi kesalahan dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan seperti kelas perawatan, tanggal masuk, pada lembar syarat fotokopi kartu BPJS, fotokopi kartu identitas diri (KK) dan input SEP (Oktamianiza dkk., 2021).

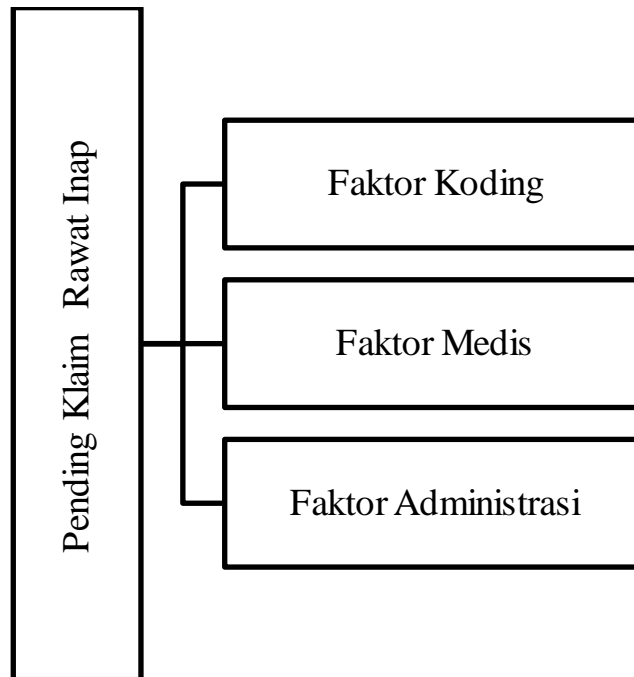
### **2. Faktor Kesesuaian Administratif Pelayanan Medik**

Kesesuaian administratif pelayanan medik masih ditemukan kesalahan dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan seperti kesalahan pengisian dan kelengkapan berkas resume medis, laporan penunjang, penetapan episode rawatan, penulisan diagnosa dan pemberian kode penyakit serta pengesahan tanda tangan DPJP pada lembar INA-DRG dan penetapan LOS (Oktamianiza dkk., 2021).

### **3. Faktor Ketepatan Kodifikasi Penyakit**

Ketepatan kodifikasi penyakit masih terjadi kesalahan dalam proses pemberian kode diagnosa penyakit yaitu kran 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 dan Vol.1 ICD-10 (Oktamianiza dkk., 2021).

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Sumber: Oktamianiza dkk., 2021.