

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat 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 bahwa 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.

Tugas dan fungsi Rumah Sakit menurut 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 promotive, preventif, kuratif, rehabilitative. Untuk menjalankan tugas yang sebagaimana dimaksud diatas, rumah sakit memiliki 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 daam rangka peningkatan pelayanan Kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang Kesehatan.

2.1.2 Rawat Inap

Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan terhadap pasien rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan karena keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan pelayanan medik lainnya. Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan medis yang utama di rumah sakit dan merupakan tempat untuk interaksi antara pasien dan pihak-pihak yang ada di dalam rumah sakit dan berlangsung dalam waktu yang lama. Pelayanan rawat inap melibatkan pasien, dokter, dan perawat dalam hubungan yang sensitif yang menyangkut kepuasan pasien, mutu pelayanan dan citra rumah sakit. Semua itu sangat membutuhkan perhatian pihak manajemen rumah sakit. Berbagai kegiatan yang terkait dengan pelayanan rawat inap di rumah sakit yaitu, penerimaan pasien, pelayanan medik (dokter), pelayanan perawatan oleh perawat, pelayanan penunjang medik, pelayanan obat, pelayanan makan, serta administrasi keuangan (Mariyanti & Citrawati, 2011)

2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Menurut Undang-Undang No.40 Tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk

menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai beroperasional pada tanggal 1 Januari 2014.

1. Fungsi BPJS dalam pasal 5 ayat 02 UU No.24 tahun 2011 disebutkan adalah:
 - a. Berfungsi menyelenggarakan program jaminan Kesehatan
 - b. Berfungsi menyelenggarakan program jaminan Kesehatan, kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua.
2. Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:
 - 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.
 - g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat
3. Wewenang
 - a. Menagih pembayaran iuran
 - b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka Panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil yang memadai.
 - c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial
 - d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas Kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas Kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan pemerintah
 - e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas Kesehatan

- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
- g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidapatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

4. Prinsip BPJS

Prinsip dasar BPJS adalah sesuai dengan apa yang telah dirumuskan pada UU SJSN Pasal 19 ayat 1 yaitu jaminan Kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuilitas.

Maksud prinsip sosial adalah:

- a. Kegotongroyongan antara si kaya dan si miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta yang beresiko tinggi dan rendah
- b. Kepesertaan bersifat wajib dan tidak selektif
- c. Iuran berdasarkan presentase upah atau penghasilan
- d. Bersifat nirlaba

5. Tujuan dan Manfaat

- a. Memberi kemudahan akses pelayanan kesehatan kepada peserta diseluruh jaringan fasilitas jaminan Kesehatan masyarakat
- b. Mendorong peningkatan pelayanan Kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga nantinya terkendali mutu dan biaya pelayanan Kesehatan.
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

2.1.4 Pengajuan Klaim

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya & K, 2015).

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, antara lain;
 - a. Surat Eligibilitas Pasien (SEP)
 - b. Surat Perintah Rawat Inap
 - c. Resume Medis
 - d. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP seperti laporan operasi, protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat)
 - e. Perincian tagihan Rumah Sakit
 - f. Berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2014a)

Menurut peraturan BPJS No.07 tahun 2018 tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kepada FKRTL, BPJS Kesehatan akan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada BPJS Kesehatan. Jika terdapat klaim yang tidak memenuhi syarat kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim

Apabila BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam jangka waktu 10 (sepuluh) hari, berkas klaim dinyatakan lengkap. Hari ke-10 (sepuluh) dihitung mulai hari pengajuan klaim FKRTL yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.

2.1.5 Verifikasi Klaim

Berdasarkan Permenkes No.28 tahun 2014 menyebutkan bahwa klaim yang diajukan oleh fasilitas Kesehatan terlebih dahulu akan dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas Kesehatan. Ketentuan mengenai verifikasi klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan tingkat Lanjut (FKRTL) diatur dalam petunjuk teknis Verifikasi klaim yang telah diterbitkan oleh BPJS Kesehatan.

Sesuai dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim dan Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan pada tahun 2014, dalam proses verifikasi klaim terdapat beberapa tahapan, yaitu:

1) Verifikasi Administrasi

Berkas klaim rawat jalan 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 2 tahap yaitu;

a. Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBGs dengan berkas pendukung lainnya.

b. Verifikasi Administrasi Pelayanan

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 control 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 diagnose Z (kontrol).
- 3) Verifikasi menggunakan software INA-CBGs dilakukan dengan cara;
- a. Purifikasi Data
Purifikasi data berfungsi untuk melakukan validasi output data INA-CBG yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP.
 - b. Melakukan proses verifikasi administrasi
Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit
Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending.
 - c. Proses verifikasi lanjutan
Verifikasi lanjutan dengan tujuh Langkah dilakukan dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi eror verifikasi dan potensi double klaim.
 - d. Finalisasi Klaim
Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending
 - e. Umpan Balik Pelayanan
 - f. Kirim File (BPJS Kesehatan, 2014b)

2.1.6 Klaim Pending

Berdasarkan Perjanjian Kerja Sama (PKS) BPJS Kesehatan, Klaim Pending adalah klaim yang sudah terverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi.

- a) Penyebab Klaim Pending dari Aspek Administrasi

Menurut (Sihombing et al., 2018), Administrasi Klaim menurut definisi HIAA atau (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.

Faktor Administrasi dalam klaim pending disebabkan oleh kelengkapan administrasi yang tidak memenuhi syarat seperti nomor kartu tidak sesuai, nomor SEP tidak sesuai, tidak adanya billing(tagihan), surat perintah rawat inap, penunjang yang tidak lengkap.

b) Penyebab Klaim Pending dari Aspek Medis

Dispute medis disebabkan oleh adanya ketidaksepahaman antara verifikator dengan petugas klaim di rumah sakit mengenai diagnosis yang diajukan, banyaknya kasus bedah yang mengalami permasalahan disebabkan karena tidak disertai dengan bukti penunjang. Selain itu juga disebabkan 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 ketidaksepahaman antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL terkait masalah medis yang tidak sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) (Permenkes, 2014b)

c) Penyebab Klaim Pending dari Aspek Koding

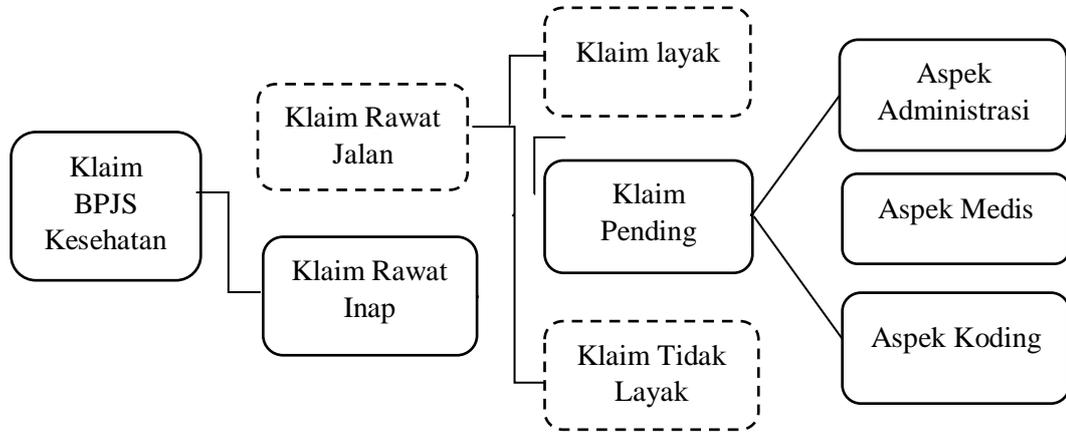
Menurut (Permenkes, 2014a) kegiatan pengkodean adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan sekunder sesuai dengan ICD-10 dan sesuai prosedur ICD-9. Koding sangat menentukan dalam sistem pembayaran prospektif yang akan mempengaruhi besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah sakit.

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan Tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan mengacu pada ICD-10 untuk kode diagnosis dan ICD-9 untuk kode Tindakan/prosedur.

Faktor coding terhadap klaim pending disebabkan karena koding yang tidak sesuai dengan diagnosis, ketidakjelasan pada penulisan dokter

yang membuat diagnosis yang diajukan tidak tepat, serta tidak terisinya diagnosa akhir di resume medis.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 1 Kerangka Konsep

Ket:

 = aspek yang diteliti

 = aspek yang tidak diteliti