

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 rumah sakit merupakan 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 Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan Sparipurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (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 kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian pengembangan penapisan pada teknologi bidang kesehatan dalam rangka memberikan peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan pada bidang kesehatan.

2.1.2 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 (Sudarmadji, 2022).

Pelayanan Rawat Inap juga merupakan 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 (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia (UU RI Nomor 24, 2011).

1. Fungsi BPJS dalam pasal 5 ayat (2) 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 hati 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 dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
- f. Mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
- g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- h. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial

4. Prinsip BPJS

Prinsip dasar BPJS adalah sesuai dengan apa yang dirumuskan oleh UU SJSN Pasal 19 ayat 1 yaitu jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Maksud prinsip asuransi sosial adalah :

- a. Kegotongroyongan antara si kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta yang beresiko tinggi dan rendah.
- b. Kepesertaan yang 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 BPJS

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, protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat)
 - e. Perincian tagihan Rumah Sakit
 - f. dokumen pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2014).

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

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 di entry 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

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 dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi double klaim.

d. Finalisasi Klaim

Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending

e. Umpan balik pelayanan

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

2.1.6 Klaim Pending

Pending klaim artinya tidak terklaim atau tertunda dokumen klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Klaim yang dipending menyebabkan aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Klaim yang di pending juga dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan sehingga mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan (Mira Puspaningsih, 2022). Adanya klaim pending tersebut disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

1. Faktor Koding

Faktor koding disebabkan oleh kesalahan penulisan kode penyakit dikarenakan kurang telitnya pihak koder dalam penetapan kode, pemberian kode diagnosa dan tindakan yang tidak sesuai dengan penggunaan ICD-10, ICD 9 CM, dan PMK Nomor 26 tahun 2021 (Oktamianiza Rahmadhani Yulia, 2021).

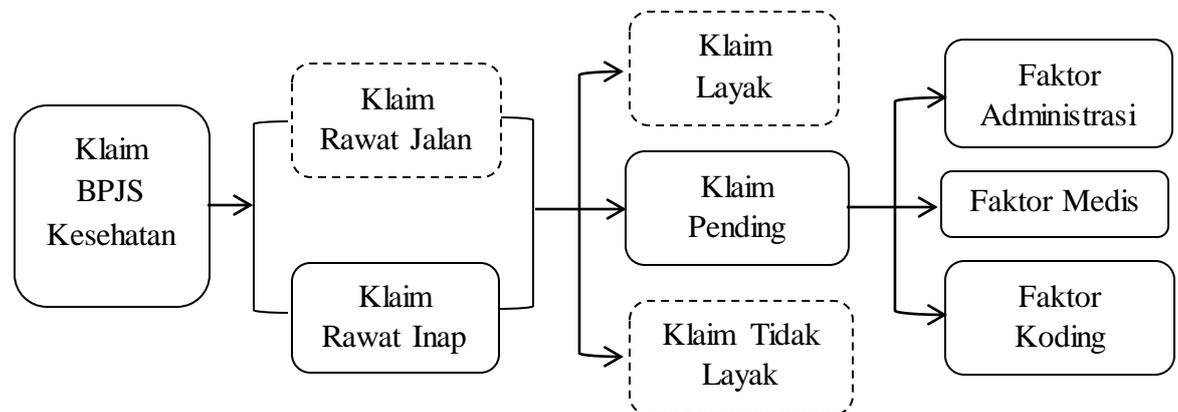
2. Faktor Medis

Faktor medis disebabkan oleh kesalahan pelayanan dikarenakan terdapat kesalahan dalam pengisian dan kelengkapan dokumen resume medis, laporan penunjang, serta pengesahan tanda tangan DPJP pada lembar INA- DRG (Oktamianiza Rahmadhani Yulia, 2021).

3. Faktor Administrasi

Faktor Administrasi disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan ke kantor BPJS seperti SEP, surat perintah rawat inap, hasil laporan penunjang seperti lembar pemeriksaan laboratorium atau radiologi dan laporan operasi (Sahir & Wijayanti, 2022)

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Keterangan

⬜ = Tidak Diteliti

◻ = Diteliti