

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

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

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat Kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan sebuah pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan.

Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 dijelaskan bahwa tugas rumah sakit yakni memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Sedangkan fungsi dari rumah sakit yakni sebagai berikut:

- a. Memberikan pelayanan pengobatan serta pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit yang telah ditetapkan
- b. Memberikan pendidikan serta pelatihan kepada seluruh sumber daya manusia dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam memeberikan pelayanan kesehatan.
- c. Penyelenggaraan 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. Kategori pasien

rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan *intensif* atau *observasi* ketat karena penyakitnya. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No 828/Menkes/SK/IX/2008 pelayanan rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan.

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

Menurut Undang-Undang No. 40 Tahun 2011 menyatakan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling lambat selama enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

#### **2.1.3.1 Fungsi BPJS Kesehatan**

Dalam UU No. 24 tahun 2011 disebutkan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dijelaskan dalam UU No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa jaminan Kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

#### **2.1.3.2 Tugas BPJS Kesehatan**

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang ada, BPJS Kesehatan 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 dan
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

### 2.1.3.3 Wewenang BPJS Kesehatan

Selain mempunyai fungsi dan tugas, BPJS berwenang :

- 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. Mengenaikan 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, dan
- h. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

### 2.1.3.4 Manfaat BPJS Kesehatan

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan terbagi dua yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan Kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap, sedangkan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus (Permenkes, 2013).

#### 2.1.4 Pengajuan Klaim

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif. Pengajuan klaim dilakukan sebagai bukti bahwa benar adanya pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit kepada peserta BPJS Kesehatan berupa berkas klaim dan sebagai syarat pembayaran oleh pihak rumah sakit.

Klaim yang diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sebagai berikut :

- a. Rekapitulasi pelayanan
- b. Dokumen klaim pendukung pasien, yang terdiri dari :
  - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
  - 2) Surat perintah rawat inap
  - 3) Resume medis yang mencatumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
  - 4) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP seperti laporan operasi, rotokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat)
  - 5) Perincian tagihan Rumah Sakit
  - 6) Dokumen pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2014).

Menurut Peraturan BPJS No.7 Tahun 2018 tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kepada FKRTL, BPJS Kesehatan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL setelah FKRTL mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan. Selain mengajukan klaim BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan. Apabila klaim yang telah diajukan oleh FKRTL tidak memenuhi syarat kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas 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 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

Verifikasi administrasi kepesertaan merupakan kegiatan meneliti dan menyesuaikan berkas klaim rawat inap yaitu antara lain Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang dientry kedalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya.

##### b. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Verifikasi administrasi pelayanan merupakan kegiatan mencocokkan dan menyesuaikan berkas klaim rawat inap dengan berkas yang sudah dipersyaratkan. Apabila terjadi ketidak sesuaian, 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 menggunakan Software INA CBG's dilakukan dengan cara:

- a. *Purifikasi data*  
*Purifikasi* berfungsi untuk melakukan validasi output data INA CBG's yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. Purifikasi data terdiri dari;
  - 1) Nomor SEP;
  - 2) Nomor Kartu Peserta
  - 3) Tanggal SEP
- b. Melakukan proses verifikasi administrasi  
 Verifikator melakukan mencocokkan lembar kerja tagihan dengan tagihan pendukung dari hasil *entry* rumah sakit.
- c. Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending.
- d. Proses verifikasi lanjutan  
 Verifikasi lanjutan dikerjakan untuk menghindari terjadinya double klaim dan kesalahan dalam verifikasi.
- e. Verifikasi terhadap kode diagnosis yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku, misalnya infertilitas
- f. Pemeriksaan bebas  
 Langkah verifikasi ini adalah pemeriksaan dengan alasan lain-lain untuk kasus-kasus yang tidak termasuk dalam kategori langkah-langkah sebelumnya, namun harus ditidaklayakkan karena alasan lain
- g. Dapat melihat klaim dengan status pending
- h. Umpan balik pelayanan
- i. Kirim file (Dwicha, 2019)

### **2.1.6 Klaim Tidak Layak**

Klaim yang tidak layak adalah klaim yang tidak bisa untuk diklaimkan kembali dan tidak dapat direvisi. Tentunya hal ini sangat berdampak sekali pada operasi pelayanan kesehatan rumah sakit. Adapun penyebab klaim tidak layak yaitu disebabkan oleh :

#### **2.1.6.1 Penyebab Klaim Tidak Layak dari Faktor Administrasi**

Administrasi Klaim menurut definisi HIAA (*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 terhadap klaim tidak layak disebabkan kesalahan dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan seperti kelas perawatan, tanggal masuk, pada lembar syarat *fotocopy* atau kartu BPJS Kesehatan, *fotocopy* identitas diri (KK) dan input SEP (Putri & Budi, 2020).

#### 2.1.6.2 Penyebab Klaim Tidak Layak dari Faktor Koding

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014 menyatakan bahwa Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD 10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD 9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Koding dalam INA-CBGs menggunakan ICD 10 Tahun 2008 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD 9-CM untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkoding berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien.

Faktor koding terhadap klaim tidak layak disebabkan karena kesalahan dalam penetapan diagnosa penyakit yaitu pengaruh dari kejelasan penulisan diagnosa, kurangnya tanggung jawab dokter, adanya diagnosa singkatan, kelengkapan penulisan diagnosa serta penetapan diagnosa primer dengan diagnosa sekunder.

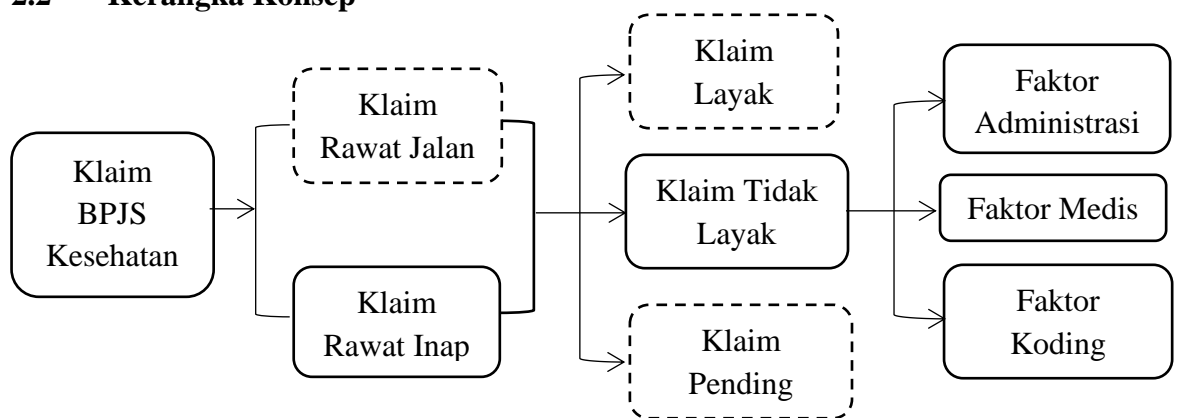
#### 2.1.6.3 Penyebab Klaim Tidak Layak dari Faktor Medis

*Dispute* Medis disebabkan karena adanya ketidaksepahaman antara verifikator dengan petugas klaim di rumah sakit mengenai diagnosis yang diajukan, rata-rata kasus *dispute* merupakan kasus bedah yang tidak disertai dengan bukti penunjang. Selain itu disebabkan juga karena belum adanya regulasi atau literatur terkait yang akan digunakan untuk proses

penyelesaian klaim yang tidak disetujui oleh verifikator terkait masalah koding maupun diagnosis (Icha et al., 2020).

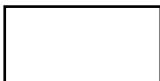
Faktor Medis terhadap klaim tidak layak disebabkan karena kesalahan dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan yaitu kesalahan pengisian dan kelengkapan berkas resume medis, laporan penunjang, penetapan episode rawatan, penulisan diagnosa dan pemberian kode penyakit serta pengesahan tanda tangan DPJP pada lembar INA-DRG dan penepatan LOS.


## 2.2 Kerangka Konsep



*Gambar 2. 1 Kerangka Konsep*

### Keterangan :

 = Diteliti

 = Tidak Diteliti