

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Pustaka**

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

World Health Organization (WHO) rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) atau pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (Robetty & Afrilia, 2017). Rumah sakit merupakan salah satu institusi penyedia fasilitas pelayanan kesehatan dengan berasaskan Pancasila dan memiliki Peraturan hukum dibidang kesehatan dalam menjalankan atau memberikan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mewujudkan pelayanan yang baik dan paripurna. Rumah Sakit yang disebutkan dalam Undang – Undang No 17 Tahun 2023 merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.

Pada Pasal 27 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 47 tahun 2021 (*PP Nomor 47 Tahun 2021*, t.t.), dalam melaksanakan kewajiban Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit harus menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik. Selain itu rumah sakit mempunyai kewajiban :

1. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat

2. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
3. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
4. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
5. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
6. Melaksanakan fungsi sosial dengan memberikan fasilitas pelayanan Pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
7. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
8. Menyelenggarakan rekam medis;
9. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
10. Melaksanakan sistem rujukan;
11. Menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan
12. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
13. Menghormati dan melindungi hak Pasien;
14. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
15. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
16. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional;

17. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
18. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
19. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
20. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

### **2.1.2 Pelayanan Rawat Inap**

Pelayanan rawat inap merupakan salah satu pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit (Novianti & Ramadhani, 2022). Menurut (Simbolon & Sipayung, 2022), kategori pasien yang termasuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas dan rumah bersalin yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap dan mengalami tingkat transformasi, yaitu pasien sejak masuk ruang perawatan hingga pasien dinyatakan boleh pulang.

### **2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS KESEHATAN)**

Pembentukan BPJS menurut Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Undang – Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT. Askes (Persero), PT. Jamsostek (Persero), PT. TASPEN (Persero) dan PT. ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Widada dkk., 2017).

Menurut penjelasan Undang – Undang Nomor 20 Tahun 2004 ayat 19, prinsip asuransi sosial adalah kegotongroyongan antara yang kaya dan yang miskin, yang sehat dan yang sakit, yang tua dan yang muda dan yang berisiko tinggi dan rendah, kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif, iuran berdasarkan presentase upah atau penghasilan, bersifat wajib dan tidak selektif, iuran berdasarkan upah atau penghasilan, bersifat nirlaba, prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkan (Artanto, 2018).

BPJS Kesehatan merupakan salah satu bentuk kinerja pemerintah dalam mewujudkan Indonesia yang adil dan makmur terutama dibidang kesehatan yang telah diselenggarakan sejak 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan diselenggarakan sebagai program jaminan kesehatan yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia dimana telah disahkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dimana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan dan juga terdiri dari Peserta Bantuan Iuran (PBI) atau peserta mandiri. Melalui program JKN oleh BPJS Kesehatan pemerintah mengharapkan masyarakat mendapatkan fasilitas kesehatan melalui JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang bermutu dan dapat memenuhi kebutuhan kesehatannya.

#### **2.1.4 Klaim**

Klaim adalah tagihan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan, dalam hal ini klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit (Artanto, 2018). Dalam mengajukan klaim BPJS Kesehatan ada beberapa ketentuan yang perlu diperhatikan yaitu institusi medis mengajukan klaim secara rutin setiap bulan paling lambat tanggal 10 bulan selanjutnya dan tidak mesti mengajukan klaim kapitasi (Tambunan dkk., 2022).

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 Jaminan Kesehatan Nasional**

Proses verifikasi klaim dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan setelah menerima berkas klaim dari fasilitas kesehatan atau pelayanan kesehatan yang telah melakukan pengiriman klaim melalui V-Klaim. Verifikasi berkas klaim dimulai dari pengumpulan berkas pasien hingga entry klaim dilakukan yang menghasilkan keluaran klaim berupa txt yang akan dikirimkan kepada pihak BPJS Kesehatan (Nia Lewiani dkk., 2017) dalam proses pengajuan yang dilakukan secara kolektif setiap bulan diikuti dengan kelengkapan berkas administrasi

peserta, berkas administrasi pelayanan dan berkas administrasi keuangan baik pemeriksaan rawat inap maupun rawat jalan.

*Tabel 2. 1 Kelengkapan Berkas Verifikasi Klaim*

	<b>RAWAT INAP</b>
<b>Administrasi Peserta</b>	KTP, Kartu Keluarga, Kartu Asuransi, Surat Rujukan, Surat Penjamin.
<b>Administrasi Pelayanan</b>	Surat Pengantar Rawat Inap, Resume Medis, Penunjang pelayanan lain (Laboratorium, Radiologi, USG, Laporan Operasi, Resep obat dll.)
<b>Administrasi Keuangan</b>	Kuitansi Rawat Inap

Menurut (Aditya Pradani dkk., 2017) Proses verifikasi sudah sesuai dengan teori pada item antara lain :

1. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapasitas tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.
2. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan peserta dalam bentuk salinan/ fotokopi rekam medis kepada fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.
3. BPJS membayar RS BPJS Kesehatan berdasarkan paket Indonesia Case Based Groups ( INACBG's).
4. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
5. Kelengkapan lain yang diprasyaratkan oleh masing - masing tagihan klaim.

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 kuitansi pembayaran. Fungsi dari klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien pesertra 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 CBG's maka pihak verifikasi berhak melakukan pengembalian pada rumah sakit untuk dilakukan perbaikan berkas klaim. Tidak sesuainya ketentuan pelayanan kesehatan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena sesuai dengan panduan praktis 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).

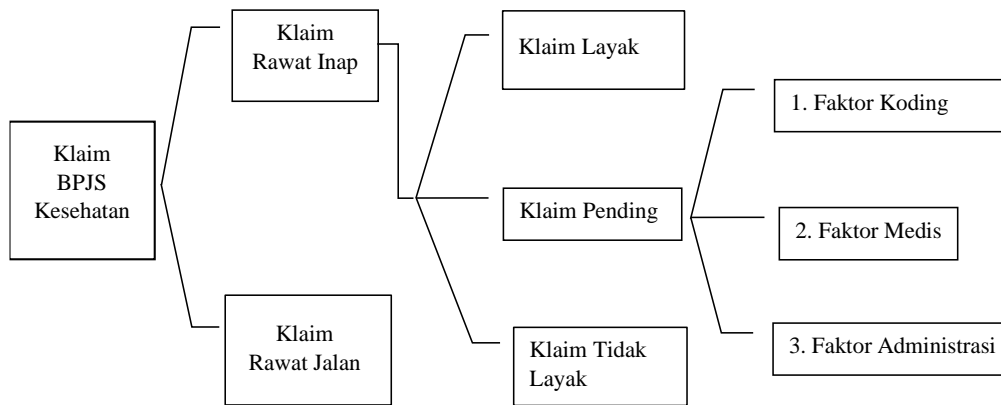
### **3. Faktor Ketepatan Kodifikasi Penyakit**

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 Teori

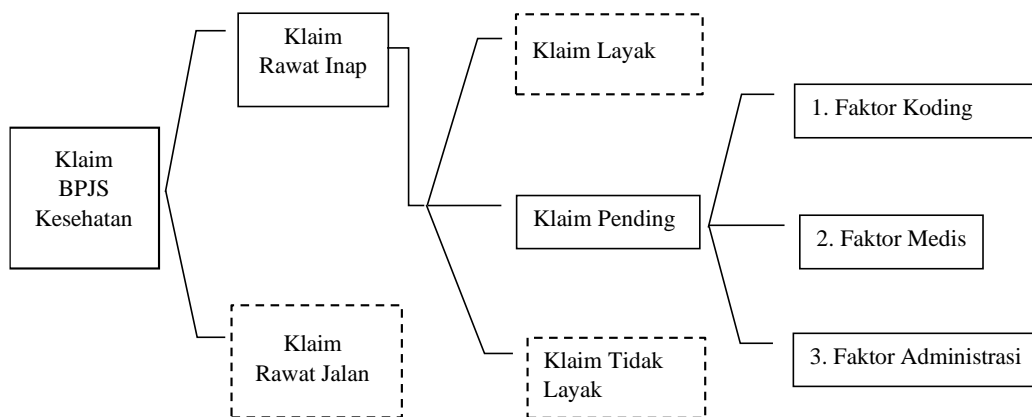
Gambar 2. 1 Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi dari (Oktamianiza dkk., 2021) dan (D, Farrazua Happy., 2022).

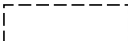
## 2.3 Kerangka Konsep

Gambar 2. 2 Kerangka Konsep



Keterangan :

 = diteliti

 = tidak diteliti

Sumber : (D, Farrazua Happy., 2022) dan (Oktamianiza dkk., 2021)