

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

Rumah Sakit menurut Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan Peripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan Kesehatan promotive adalah suatu kegiatan pelayanan kesehatan yang kebh mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Pelayanan Kesehatan Preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Pelayanan kesehatan Kuratif adalah suatu kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan untuk penyembuhan penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan mengembalikan bekas penderita ke dalam Masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota Masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya (Republik Indonesia, 2009a).

Tugas dan Fungsi yang sebagaimana disebutkan di Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas yang dimaksud, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Republik Indonesia, 2009b).

2.1.2 Rawat Jalan

Rumah sakit memiliki berbagai bentuk pelayanan salah satunya adalah pelayanan rawat jalan. Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut di rawat inap (Lestari & Nurcahyanto, 2017). Menurut Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 1 Ayat (4), pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit. Pada saat ini berbagai jenis pelayanan rawat jalan banyak diselenggarakan oleh klinik Rumah Sakit, secara umum dapat dibedakan atas empat macam yaitu:

1. Pelayanan gawat darurat (emergency services) yakni untuk menangani pasien yang membutuhkan pertolongan segera dan mendadak.

2. Pelayanan rawat jalan paripurna (comprehensive hospital outpatient services) yakni yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Pelayanan rujukan (referral services) yakni yang hanya melayani pasien-pasien yang dirujuk oleh sarana kesehatan lain. Biasanya untuk diagnosis atau terapi, sedangkan perawatan selanjutnya tetap ditanganu oleh sarana kesehatan yang merujuk.
4. Pelayanan bedah jalan (ambulatory surgery services) yakni yang memberikan pelayanan bedah yang dipulangkan pada hari yang sama (Annisa Cahya Salsabila et al., 2021) .

2.1.3 BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau disingkat sebagai BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan sosial (Republik Indonesia, 2011). Program jaminan sosial nasional ini merupakan program negara yang bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, potabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta (Republik Indonesia, 2011). Sebagaimana pasal 9 ayat (1) Undang-undang nomor 24 tahun 2011 mengatakan BPJS Kesehatan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, 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.

Dan dalam melaksanakan tugasnya, BPJS berwenang untuk:

- 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
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah
- e. Membuat atau memnghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
- f. Mengenakan sanksi administrative 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 kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial (Republik Indonesia, 2011).

2.1.4 Pengajuan Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak atas sesuatu. Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim asuransi adalah tagihan atau tuntutan dari sebuah imbalan dari hasil pelayanan kesehatan dengan jumlah yang telah disepakati dalam perjanjian (Antonius, 2018). Klaim pada peserta BPJS Kesehatan di Rumah Sakit dr Kanujoso Djariwibowo pada penelitian oleh Antonius Artanto EP dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien yang berupa resume medis lengkap dengan diagnose menggunakan ICD 10 atau ICD 9 CM serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.

Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu 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 FKTP dan FKRTL diatur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang diterbitkan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap (Republik Indonesia, 2014)

2.1.5 Verifikasi Klaim

Klaim yang diajukan fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan sesuai dengan Petunjuk teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS

Kesehatan tahun 2014. Ada beberapa tahapan yang dilakukan verifikator BPJS Kesehatan untuk melakukan verifikasi antara lain:

1. Tahapan verifikasi administrasi klaim

1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

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

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah:

- a. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan.
- b. Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke Rumah Sakit untuk dilengkapi
- c. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis, maka dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

2. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang menjadi perhatian pada verifikasi pelayanan kesehatan:

- a. Verifikator wajib memastikan kesesuaian antara diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM. ketentuan koding mengikuti panduan koding yang terdapat dalam Juknis INA CBG.
- 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. Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan >6 jam atau jika pasien mendapatkan fasilitas rawat inap walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam.
- e. Pasien rawat inap sebagai kelanjutan dari proses rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap.

3. Verifikasi menggunakan Software INA CBGs

Verifikasi menggunakan software INS CBGs dilakukan sebagai berikut:

- 1) Purifikasi Data
- 2) Purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi output data INA-CBGs yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP.
- 3) Melakukan proses verifikasi administrasi
- 4) Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dari hasil entry rumah sakit.
- 5) Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending.
- 6) Proses verifikasi lanjutan
- 7) Finalisasi klaim
- 8) Umpan balik pelayanan
- 9) Kirim File (BPJS Kesehatan, 2014)

2.1.6 Klaim Pending

Pending klaim adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan sehingga harus dikembalikan ke rumah sakit. Ada beberapa faktor penyebab klaim pending, contoh seperti berkas tidak lengkap, kurang tepatnya coding, dan kurangnya lampiran pemeriksaan penunjang .

- a. Penyebab klaim pending dari aspek Administrasi

Aspek Administrasi adalah isi rekam medis yang menyangkut tindakan berdasar atas wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan profesional pemberi asuhan (PPA) dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Aspek administrasi ini mencakup kelengkapan berkas-berkas pasien yang akan dikirim ke pihak BPJS Kesehatan (Rahma Ardi Saputri et al., 2022). Berkas yang tidak lengkap atau tidak terlampir dalam pemenuhan syarat pengajuan klaim belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Faktor Administrasi klaim pending disebabkan oleh ketidaklengkapan administrasi seperti nomor SEP tidak sesuai, tidak adanya tagihan, surat perintah rawat inap, dan penunjang yang tidak lengkap.

b. Penyebab klaim pending dari aspek Medis

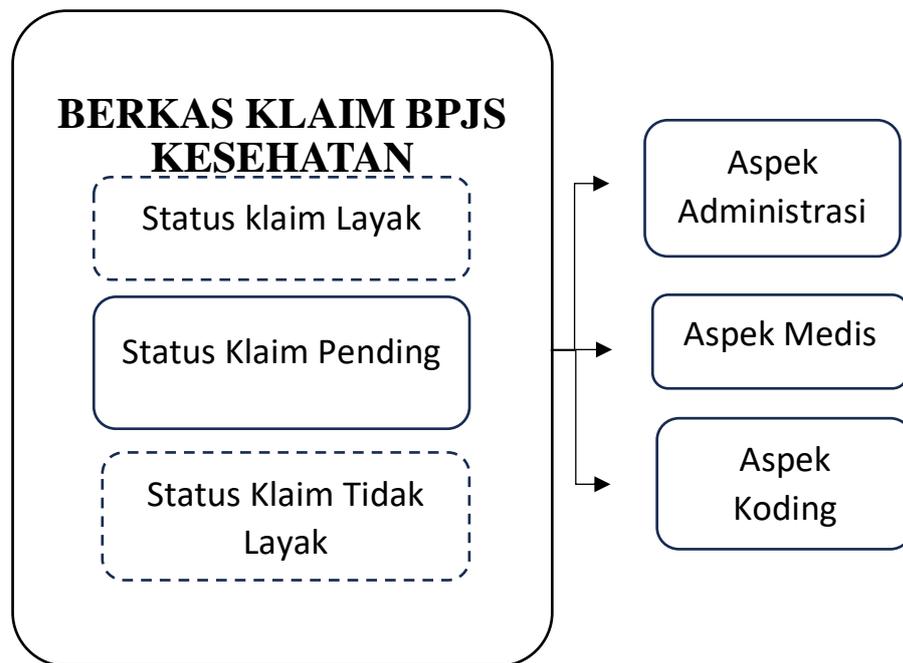
Penyebab klaim pending dari aspek Medis adalah catatan/rekaman pasien tersebut dipergunakan sebagai dasar perencanaan pengobatan/asuhan yang diberikan kepada seorang pasien (Rahma Ardi Saputri et al., 2022). Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien dengan tujuan untuk memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis (Kementerian Kesehatan, 2022). Kelengkapan rekam medis sangat penting mengingat rekam medis memiliki banyak kegunaan antara lain karena didalamnya terdapat informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis. Ketidaklengkapan rekam medis tidak langsung dapat mengurangi biaya klaim yang berdasarkan software INA-CBGs (Karma Maha Wirajaya & Made Umi Kartika Dewi, 2020).

c. Penyebab klaim pending dari Aspek Koding

Pengkodean merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan

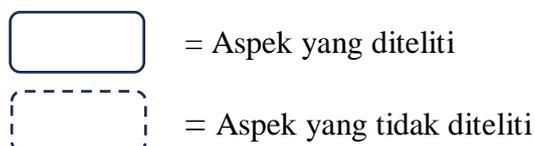
tindakan medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penentuan kode klasifikasi klinis yang berlaku menggunakan ICD 10 untuk kode penyakit dan ICD 9 CM untuk kode tindakan. Berkas klaim pending disebabkan oleh berkas rekam medis yang tidak tepat dalam penulisan kode diagnosis dan kode tindakan. Ketidaktepatan penulisan kode diagnosis dan tindakan disebabkan adanya perbedaan persepsi antara koder dari rumah sakit dengan petugas verifikator BPJS Kesehatan. Pengkodean yang tidak tepat mempengaruhi penentuan tarif biaya klaim INA-CBGs dan mengakibatkan tarif INA-CBGs tidak sesuai (Pratama et al., 2023)

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Sumber: BPJS Kesehatan, 2014



Kerangka konsep dikembangkan peneliti untuk dapat menggambarkan penelitian yang terlampir pada gambar diatas ini. Penelitian ini berfokus pada tahapan terakhir yaitu tahapan output dimana status klaim BPJS Kesehatan dibedakan menjadi tiga status yaitu, status klaim layak dimana klaim sudah di terima oleh sistem klaim yang menandakan klaim sudah sesuai dan akan dibayarkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Status tidak layak merupakan klaim yang tidak bisa diklaimkan kembali atau tidak dapat dibayarkan karena tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan klaim pending merupakan klaim yang belum dapat dibayarkan karena belum sesuai dengan kaidah dan ketentuan yang berlaku.

Klaim pending ini yang kemudian akan ditelaah untuk mencari faktor penyebabnya meliputi aspek admisnistrasi, aspek medis dan aspek koding.

2.3 Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

No.	Nama Penulis	Tahun	Judul Jurnal	Variabel	Metode Penelitian	Hasil
1.	Antonius Artanto EP	Maret 2016	Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016	Variable dalam penelitian ini adalah klaim yang tertunda selama bulan Januari – Maret 2016	Metode penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan kuantitatif kualitatif dengan menggunakan pengumpulan data sekunder dan Observasi	Ditemukan ketidaksesuaian INA-CBGs sebesar 4,8% yang disebabkan ketidaksamaan koding dan diagnosa dari rumah sakit dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan. Ketidaksesuaian diagnose dan terapi sebesar 4,3% yang diakibatkan standar penilaian diagnose dan komplikasi penyakit yang menurut BPJS Kesehatan harus diterapi sesuai keadaan.

						Ditemukan juga resume medis yang tidak ada tanda tangan DPJP sebesar 90,9% karena proses resume medik elektronik belum sepenuhnya berfungsi, proses pemasukan data ke sistem masih harus diketik satu persatu.
2.	Frieska Rahma Ardi Saputri, Zahrasita Nur Indira, Harry Fauzi	2022	Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Jalan Bulan September Tahun 2022 di RS X	Variable dalam penelitian ini adalah kasus pending klaim BPJS Rawat Jalan bulan September 2022	Metode penelitian ini adalah kualitatif dengan pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam kepada partisipan.	Ditemukan pending Klaim sebanyak 8% yaitu 362 kasus. Pending klaim terjadi di RS X terjadi karena beberapa faktor yaitu rangkaian prosedur rawat jalan, rangkaian prosedur rawat jalan dan hemodialisa, konfirmasi koding diagnosa atau tindakan, dan konfirmasi pemberian dosis thalassemia.

3.	Aldi Pratama, Harry Fauzi, Zahrasita Nur Indira, Prisai Purnama Adi.	Februari 2023	Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen	Variable dalam penelitian ini adalah klaim tertunda pada bulan September 2022	Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian deskriptif observasional.	Hasil dari penelitian ini adalah prosedur administrasi klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr. Soedirman Kebumen belum memiliki SPO untuk klaim pembiayaan kesehatan. Klaim pending juga disebabkan oleh faktor perbedaan persepsi kode diagnosis dalam berkas klaim antara pihak verifikator internal Rumah Sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan. Selain itu kurangnya data pendukung sebagai penegak diagnosis yang mempengaruhi keakuratan kode diagnosis.
4.	Erlia Safa Maulida,	Desember 2022	Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS	Variable dalam penelitian ini adalah pending	Metode penelitian adalah kuantitatif desain cross-sectional.	Didapatkan hasil presentase klaim yang mengalami pending di pelayanan rawat

	Achmad Djunawan.		Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga	klaim BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap bulan Desember 2021.		inap sebanyak 12% dengan 88 berkas pending klaim. Faktor penyebab oleh berkas tidak lengkap diperoleh 30 berkas pending klaim dengan presentase 34%, kurang tepatnya coding terdapat 29 berkas pending klaim dengan presentase 33%, kurangnya pemeriksaan penunjang 20 berkas dengan presentase 23% dan kurangnya eviden terapi ssebanyak 9 berkas dengan presentase 10%.
5.	Ferawati Simbolon, Ascobat Gani	April 2023	Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya pendingklaim rawat	Variable dalam penelitian ini adalah jurnal dari database menggunakan	Pencarian jurnal dilakukan secara elektronik dengan beberapa database,seperti Google	Setelah diseleksi PICO didapat 5 Jurnal untuk review dari tahun 2020-2021. Dari hasil penelitian terhadap 5 jurnal tersebut dapat

			<p>inap: review</p> <p>literatur</p>	<p>keyword</p> <p>Tunda/Pending, BPJS/JKN, rekam medis.</p>	<p>Scholar, Pubmed.</p> <p>Keyword yang digunakan adalah Tunda/ pending, Bpjs/ JKN, rekam medis, serta dengan kriteria inklusi PICO framework (P/Problem, KlaimbpjsI/Intervention: kelengkapan berkas, O/Outcome: penyelesaian masalah pending klaim bpjs</p>	<p>disimpulkan penyebab pending klaim BPJS pada rawat inap adalah koding yang tidak sesuai, kelengkapan berkas, serta perbedaan pendapat dalam penegakan diagnose antara DPJP dengan verifikasi BPJS.</p>
--	--	--	--------------------------------------	---	---	---