

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit menurut WHO (*World Health Organization*) rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.(SALIMA, 2023) 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.(Kaltsum & Hamdan, 2023)

Pasal 1 angka 3 UU No 44 Tahun 2009 menyebutkan bahwa Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif,dan rehabilitatif (PRESIDEN RI, 2009). 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. (Roby Christian Hutasoit, 2020)

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Mardi Waluyo Kota Blitar merupakan salah satu organisasi kesehatan milik pemerintahan Kota Blitar, Jawa Timur. RSUD Mardi Waluyo selalu meningkatkan kualitas pelayanan guna mencapai target yang diharapkan. Maka proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di rumah sakit. Melalui proses akreditasi salah satu manfaatnya rumah sakit dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa rumah sakit menitikberatkan sasarannya pada keselamatan pasien dan mutu pelayan. Standar akreditasi rumah sakit merupakan upaya Kementerian Kesehatan RI menyediakan suatu perangkat yang mendorong rumah sakit senantiasa meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan. Dengan demikian rumah sakit harus menerapkan standar akreditasi rumah sakit, termasuk standar-standar lain yang berlaku bagi rumah sakit sesuai dengan penjabaran dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit edisi 2011. Sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit, sebagai bagian peningkatan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan penilaian terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis pasien. (PUTRIANA, 2014) (Putri et al., 2021)

2. Tujuan Rumah Sakit

Tujuan penyelenggaraan Rumah Sakit tidak lepas dari ketentuan bahwa masyarakat berhak atas kesehatan sebagaimana dirumuskan dalam berbagai ketentuan undang-undang, salah satunya dalam UU no 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Sementara itu pemerintah memiliki tanggung jawab untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, diantaranya dengan menyediakan fasilitas kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, dan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan adalah Rumah Sakit. Dalam rumah sakit Mardi Waluyo tujuannya berupa :

1. Terwujudnya pelayanan kesehatan perorangan yang berkualitas dengan mengutamakan keselamatan pasien,
2. Terwujudnya sumber daya manusia yang dalam realitas keberagaman tetap dalam kondisi religius dan nasionalis (keren) melalui pendidikan, pelatihan, dan penelitian.

3. Terwujudnya tata kelola rumah sakit yang profesional, akuntabel dan transparan.

2.1.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan Kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan Kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar Kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan Kesehatan atau iuran jaminan Kesehatannya dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah. (Presiden Republik Indonesia, 2018)

2. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Berdasarkan (Presiden Republik Indonesia, 2018) manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:

- a. Administrasi Pelayanan.
- b. Pemeriksaan, Pengobatan, Dan Konsultasi Medis Dasar
- c. Pemeriksaan, Pengobatan, Dan Konsultasi Spesialistik
- d. Tindakan Medis Spesialistik, Baik Bedah Maupun Non bedah Sesuai Dengan Indikasi Medis
- e. Pelayanan Obat, Alat Kesehatan, Dan Bahan Medis Habis Pakai
- f. Pelayanan Penunjang Diagnostik Lanjutan Sesuai Dengan Indikasi Medis
- g. Rehabilitasi Medis;
- h. Pelayanan Darah
- i. Pemulasaran Jenazah Peserta Yang Meninggal Di Fasilitas Kesehatan
- j. Pelayanan Keluarga Berencana
- k. Perawatan Inap Non intensif
- l. Perawatan Inap Di Ruang Intensif

2.1.1 Klaim

1. Pengertian Klaim

Klaim menurut (Ilyas 2006 dalam jurnal (Basoni et al., 2021)) merupakan suatu permintaan dari salah satu atau dua pihak yang mempunyai ikatan agar haknya terpenuhi. Satu dari pihak lainnya sesuai dengan perjanjian provisi polis yang disepakati bersama oleh kedua pihak tersebut. Dengan tujuan untuk mendapatkan ganti rugi dari pelayanan yang dijalani selama perawatan di rumah sakit

2. Tujuan Klaim

Tujuan klaim adalah untuk, membayar klaim yang valid, mengidentifikasi kemungkinan terjadinya tindakan kecurangan, baik yang disengaja (*fraud*) maupun yang tidak disengaja (*Abuse*) dalam melakukan klaim, memenuhi peraturan pemerintah, menghindari atau mencegah tuntutan hukum, mengkoordinasikan *benefit*, melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*Claim Cost*). (Heryana, 2021)

3. Proses Pengajuan Klaim

Menurut Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan disebutkan klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. (BPJS Kesehatan, 2015) Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan, gawat darurat dan rawat Jalan dibayar dengan paket INA CBG's tanpa pengenaan iuran biaya kepada peserta. Tarif INA CBG's sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain. (Supriadi, 2023)

Proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan melalui syarat verifikasi administrasi seperti SEP (Surat Eligibilitas Pasien), Nomor peserta yang sesuai dengan kartu JKN, dan administrasi pelayanan lainnya. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi akan menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan, jika berkas klaim tidak lengkap maka proses verifikasi akan menyebabkan klaim pending.

Didapat dari Depkes (2008) dalam proses pengajuan klaim, rumah sakit diharuskan memperhatikan kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir

berkas rekam medis yang nantinya akan berhubungan dengan proses administrasi klaim BPJS. Kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggung jawab (Mellina & Neneng, 2020)

Persyaratan administrasi pengajuan berupa dokumen – dokumen yang diperlukan seperti

1. KTP (kartu tanda penduduk),
2. KK (kartu keluarga),
3. Surat rujukan,
4. Sep (surat eligibilitas pasien),
5. Resume medis,
6. Rincian biaya dan
7. Formulir pemeriksaan penunjang jika pasien memerlukan pemeriksaan penunjang.

Berdasarkan Permenkes RI No.903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item – item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim. Kelengkapan dan kebenaran formulir berkas rekam medis nantinya akan berhubungan dengan cepat lambatnya rumah sakit dalam mendapatkan hasil tarif klaim yang akan diterima.

4. 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

Puifikasi 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)

5. Status Klaim

Didapat dari perjanjian kerja sama BPJS magelang dengan rumah sakit umum daerah muntilan mengenai pelayanan kesehatan tujuan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan ada 3 jenis status klaim, yaitu:

1. Klaim layak yang dimaksud di dalam perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator pihak kesatu dan memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian ini sehingga dapat dibayarkan oleh PIHAK KESATU.
2. Klaim pending yang dimaksud di dalam Perjanjian ini adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh PIHAK KESATU dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi.
3. Klaim tidak layak adalah klaim yang sudah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sehingga tidak dapat dibayarkan oleh PIHAK KESATU.

2.1.2 Verifikasi Pasca Klaim

1. Pengertian verifikasi pasca klaim

Verifikasi Pasca Klaim adalah proses uji kebenaran terhadap klaim yang sudah dibayarkan kepada PIHAK KEDUA yang terindikasi adanya ketidaksesuaian dengan ketentuan perundang-undangan, yang dilakukan secara rutin setiap bulannya oleh Verifikator PIHAK KESATU. Hasil dari verifikasi pasca klaim dapat berupa: klaim yang telah sesuai dan klaim yang tidak sesuai. Terhadap klaim yang tidak sesuai ketentuan dan dinyatakan terjadi kelebihan

pembayaran, maka PIHAK KEDUA wajib melakukan pengembalian sesuai ketentuan. Dalam hal PIHAK KEDUA tidak sepakat untuk melakukan pengembalian, maka terhadap hasil verifikasi paska klaim tersebut dapat dilakukan tindak lanjut penyelesaian (eskalasi) kepada Tim PK-JKN Kabupaten/Kota dan seterusnya sesuai ketentuan perundang-undangan.(BPJS Magelang Dengan RSUD Mutilan, 2019)

Di Rumah Sakit Mardi Waluyo salah satu pelaksanaan verifikasi berada di proses pengelolaan biaya klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Biasanya tahap pemeriksaan yang dijalankan setelah suatu klaim atau tuntutan muncul, umumnya terkait dengan aspek finansial atau asuransi. Di rumah sakit mardi waluyo sendiri berdominan dengan BPJS kesehatan Tujuan utama dari verifikasi pasca klaim adalah untuk memverifikasi ketepatan, keabsahan, dan akurasi klaim yang diajukan oleh pihak tertentu. Proses ini melibatkan serangkaian langkah-langkah untuk mengevaluasi apakah klaim tersebut sejalan dengan kebijakan, prosedur, dan persyaratan yang telah ditetapkan. Proses pengelolaan tersebut dikerjakan oleh petugas verifikator klaim. Dari BPJS Kesehatan akan memberikan surat lampiran kepada Rumah sakit Mardi Waluyo yang berisi hasil ketidaksesuaian biaya yang telah diberikan dan beberapa klaim pasien yang perlu dievaluasi kembali. Tentunya secepat mungkin petugas dalam verifikator mengevaluasi hal tersebut. Proses evaluasi akan berjalan cepat apabila kasus yang terlampir hanya melibatkan satu pihak.

2. Faktor verifikasi pasca klaim

Adanya verifikasi pasca klaim tersebut dibagi menjadi beberapa aspek yaitu (BPJS Kesehatan, 2018) :

1. Aspek Koding

Aspek koding dalam verifikasi pasca klaim mencakup pemeriksaan terhadap kode-kode yang digunakan dalam klaim medis. Kode-kode ini mencakup kode diagnosis (ICD-10), kode prosedur (ICD-9) , dan kode lainnya yang digunakan untuk mengidentifikasi kondisi medis, tindakan, atau layanan yang diberikan. Pemeriksaan aspek koding bertujuan untuk memastikan bahwa kode-kode yang digunakan sesuai dengan dokumentasi medis, pedoman koding yang berlaku, dan regulasi yang berlaku. Kesalahan dalam aspek koding dapat

menyebabkan penolakan klaim atau pembayaran yang tidak sesuai.(Indawati, 2016)

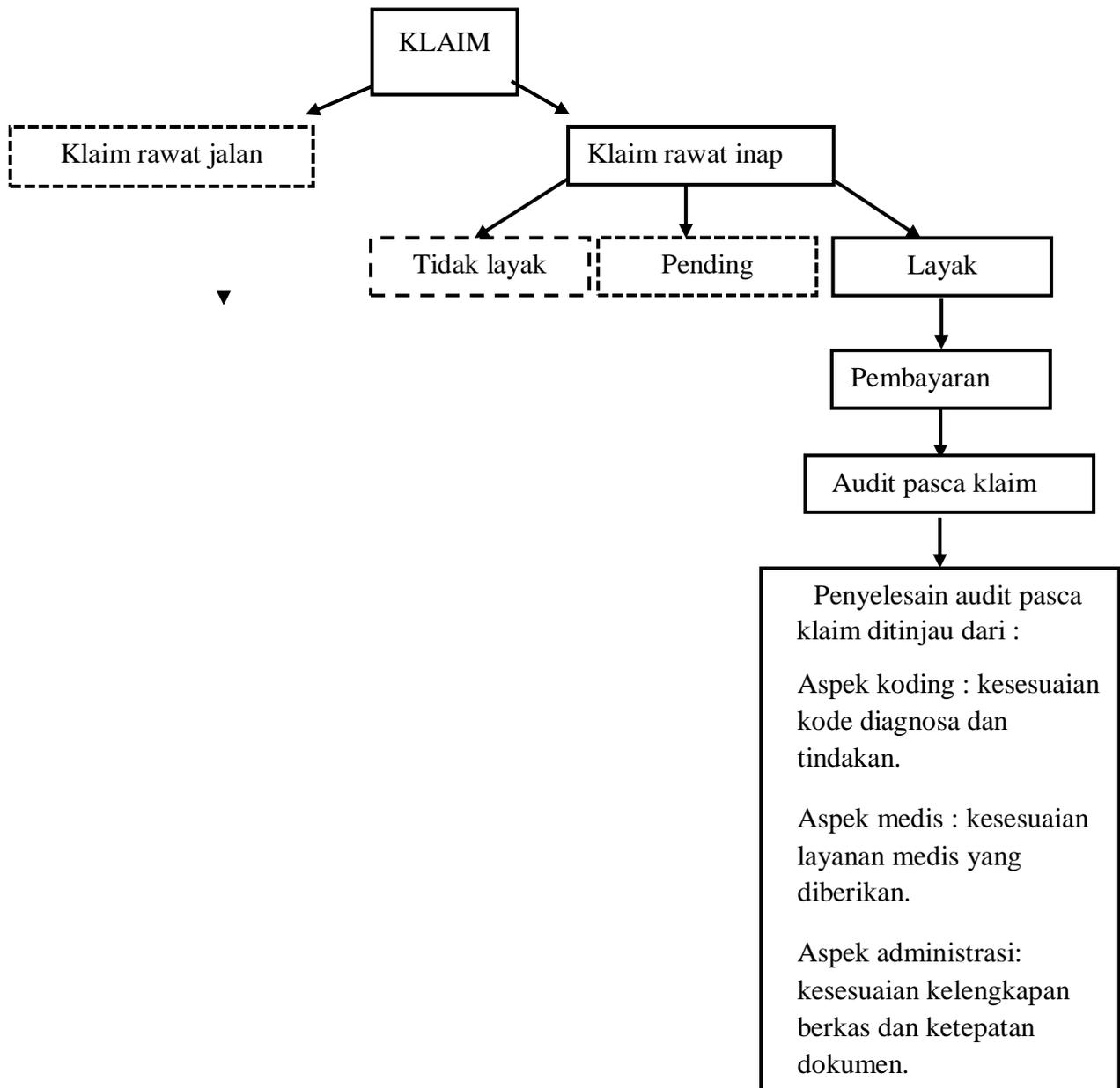
2. Aspek Medis

Aspek medis dalam verifikasi pasca klaim mencakup pemeriksaan yang dilakukan untuk memastikan bahwa pelayanan medis sudah tercatat dalam klaim didokumentasikan dengan lengkap dan akurat sesuai dengan standar medis yang berlaku. Aspek medis juga mencakup verifikasi bahwa tindakan atau prosedur medis yang dilakukan diperlukan dan relevan dengan kondisi pasien. Pemahaman mendalam tentang aspek medis diperlukan untuk memastikan bahwa pelayanan medis yang diberikan sesuai dengan standar perawatan kesehatan yang berlaku.

3. Aspek Administrasi

Aspek administrasi dalam verifikasi pasca klaim melibatkan pemeriksaan terhadap dokumen administratif terkait, seperti formulir klaim, riwayat pasien, catatan medis, dan informasi administratif lainnya. Pemeriksaan ini bertujuan untuk memastikan bahwa semua informasi administratif yang diperlukan telah disediakan, dan prosedur administrasi telah diikuti sesuai dengan kebijakan dan regulasi yang berlaku. Aspek administrasi juga melibatkan penilaian terhadap pengelolaan dokumen dan catatan untuk memastikan integritas dan keterbukaan informasi.

2.2 Kerangka Konsep



Ket:



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan bagi masyarakat didapati resume medis pasien rawat jalan dan rawat inap. Setelah itu akan dilakukan pengajuan

klaim kepada pihak BPJS kesehatan. Dalam proses pengajuan klaim ke BPJS kesehatan terdapat status yang perlu diketahui terdapat status layak, status tidak layak dan status pending. Status klaim layak akan segera dilakukan pengajuan klaim kepada BPJS kesehatan dan pihak BPJS kesehatan akan melakukan pembayaran ganti rugi kepada pihak rumah sakit. Pada status klaim layak akan dilakukan pengauditan yang dilakukan BPJS kesehatan untuk nantinya dikembalikan kepada pihak rumah sakit untuk dievaluasi kembali. Didapati kelebihan pembayaran sehingga rumah sakit harus mengembalikan kelebihan pembayaran tersebut. Klaim yang kembali akan berstatus verifikasi pasca klaim, maka pihak rumah sakit akan melakukan pengecekan terhadap audit pasca klaim yang ditinjau dari aspek coding, aspek medis dan aspek administrasi.

2.3 Penelitian Terdahulu

Table 2.1 Penelitian Pendahuluan

NAMA PENULIS	TAHUN	JUDUL	METODE	HASIL
Wayan Alvin Kertanegara, Carmel Meiden, Kwik Kian Gie School of Business	2022	Audit Operasional Atas Klaim Pasien Bpjs Di Rumah Sakit Hp	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus.	Tingkat efektivitas pemeriksaan operasional atas SOP pelayanan pasien BPJS cukup baik, meski masih terdapat masalah-masalah pelayanan yang dapat berdampak pada klaim BPJS. Kebijakan dalam pengendalian biaya yang dikeluarkan RS juga telah mampu menurunkan 10 hingga 20% biaya yang dikeluarkan RS.

Ade Ismail	2018	Proses Audit Internal Di RSKIA	Pada penelitian ini jenis penelitian yang digunakan yaitu kualitatif	(1). Tahapan audit fungsi SDM mengevaluasi kegiatan-kegiatan kepegawaian yang dilakukan dalam suatu organisasi, baik bagian per bagian ataupun satuan kerja ataupun unit kerja secara keseluruhan. (2). Tahapan audit kepuasan karyawan yang dilaksanakan dapat dilihat dari 2 faktor tersebut yaitu : Faktor Instrinsik dan Faktor Ekstrinsik. (3). Tahapan audit ketaatan yang dilakukan pengujian ketaatan yang mengkonfirmasi eksistensi, efektivitas, dan kesinambungan operasi pengendalian internal yang diandalkan oleh Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak.
Mei Sryendang Sitorus, Esraida	2021	Tinjauan Pelaksanaan Audit Koding Berkas Pengklaiman Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Rumah	Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif	Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dan pembahasan yang diuraikan diatas

<p>Simanjudinata, Yeyi Gusla, Cicha Olviya</p>		<p>Sakit Umum Imelda PekerjaIndonesia Tahun 2021</p>		<p>maka diperoleh kesimpulan bahwa dalam pelaksanaan audit koding di Rumah Sakit Umum Imelda PekerjaIndonesia tingkat pengetahuan petugas audit koding tentang audit koding sudah cukup baik namun audit koding masih dilaksanakan post-claim dan belum ada instrumen dalam pelaksanaan audit koding</p>
<p>Melia Rahmawati Murni,</p>	<p>2024</p>	<p>Nalisis Faktor Penyebab Pending Claimrawat</p>	<p>Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengisian resume medis yang tidak lengkap</p>

<p>Syukri Lukman 2, Mendhel Yanthi1, Ikhsan Yusda Prima Putra3, Rima Semiarty</p>		<p>Inap Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Rumah Sakit Umum Padang</p>	<p>yang bertujuan untuk menggali informasi mendalam dari informan terpilih</p>	<p>disebabkan oleh kesibukan DPJP, dan terkadang diisi oleh residen tanpa supervisi dari DPJP. Selain itu, ketidaksesuaian kode diagnosis dan prosedur terjadi karena koder dalam proses kodifikasi menggunakan ICD10 Volume 3 yang tidak merujuk ke volume 1, dan proses kodifikasi didasarkan pada hafalan. Selain itu, ketidakkelengkapan berkas administrasiklaim disebabkan oleh proses pengumpulan dan scanning berkas, pemberkasan yang masih dilakukan secara manual, serta ketidaktepatan verifikator dan perbedaan persepsi antara verifikator internal dan verifikator BPJS</p>
<p>Ningrum &</p>	<p>2018</p>	<p>Tinjauan Pelaksanaan Prosedur Klaim Jaminan</p>	<p>Jenis penelitian ini deskriptif kualitatif</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan prosedur klaim JKN</p>

Lestari, 2018)		Kesehatan Nasional (Jkn) Pasien Rawat Inap Di Rsud Dr. Soehadi Prijongoro Sragen	dengan pendekatan kualitatif	pasien rawat inap di RSUD dr. Soehadi Prijongoro masih terdapat kendala sehingga mengakibatkan proses klaim selanjutnya terhambat seperti pada saat pendaftaran kartu BPJS tidak aktif yang disebabkan pasien menunggak iuran pembayaran premi, pasien belum memahami tentang kelengkapan persyaratan klaim untuk kasus kecelakaan, pengisian pada lembar resume medis yang belum lengkap, hasil PA yang belum jadi, penulisan diagnosis dokter yang belum lengkap
-------------------	--	--	------------------------------------	---