

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh masyarakat Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Permenkes,2014). Dalam program JKN, peserta diberikan jaminan dalam bentuk pelayanan kesehatan perorangan secara komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan alat kesehatan (Raharni et al., 2018). Program ini merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk melalui badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan. Implementasi program JKN oleh BPJS kesehatan dimulai sejak 1 Januari 2014 (UU SJSN, 2012 dalam (Saputra et al., 2015)).

2.1.2 Rumah Sakit

Rumah sakit adalah salah satu tempat sarana untuk memberikan pelayanan kesehatan dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung upaya kesehatan. Pengertian rumah sakit menurut Undang Undang RI nomor 44 tahun 2009 menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Muhammad Purnomo1, 2016). Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai berikut :

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

2.1.3 Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap atau biasa disebut dengan opname adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit. Perawatan rawat inap adalah perawatan pasien yang kondisinya memerlukan rawat inap. Kemajuan dalam pengobatan modern dan munculnya klinik rawat komprehensif memastikan bahwa pasien hanya dirawat di rumah sakit ketika mereka betul-betul sakit, telah mengalami kecelakaan, pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya (Feriana, 2021).

2.1.4 Klaim

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). 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 (Tambunan et al., 2022) Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

(FKRTL) dalam hal ini rumah sakit, berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan (Susan, 2016).

Adapun 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

Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnose merujuk pada ICD-10 atau ICD-9-CM. Dikarenakan Proses Pengajuan pada pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan merupakan suatu proses administrasi klaim yang dilakukan dengan menggunakan INACBG's, dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita. Coding INA CBG's adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Pemberian coding sangat menentukan besarnya biaya yang dibayarkan kerumah sakit. Setelah melakukan pengodean menggunakan coding INA CBG's kemudian melakukan proses klaim BPJS. Prosesi klaim dilakukan untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan dimanfaatkan secara tepat.

2.1.5 Verifikasi Klaim

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN, setelah melalui proses entri dan pengkodean tahapan

terakhir dalam pengajuan klaim adalah verifikasi klaim yang bertujuan menguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Verifikasi dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu, dan tepat sasaran.

Verifikasi klaim ini akan dilakukan oleh verifikasi BPJS Kesehatan. Verifikator akan memverifikasi berkas klaim yang masuk dan menentukan jumlah klaim yang akan diajukan dan selanjutnya akan dibuatkan laporan penagihan oleh pihak rumah sakit yang akan diserahkan ke kantor cabang BPJS Kesehatan. Hasil akhir setelah dilakukan verifikasi klaim adalah status klaim.

Menurut Petunjuk Teknis Verifikasi klaim BPJS Kesehatan, tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs
2. Verifikasi Administrasi Pelayanan. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah :
 - a. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebut pada poin 1a diatas (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas)
 - b. Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
 - c. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

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 (Puspaningsih, 2022).

Faktor- faktor yang dapat menyebabkan pending klaim BPJS pada pasien rawat inap adalah

1. Penyebab Klaim Pending 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. Penyebab klaim pending Faktor Coding

Pemberian kode diagnosis masih terjadi kesalahan yang 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 et al., 2021)

3. Penyebab klaim pending 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 et al., 2021).

2.2 Pendekatan Sistem

2.2.1 Konsep Dasar Sistem

Konsep dasar yang menjelaskan definisi sistem memiliki dua pendekatan, yaitu :

1. Sistem yang menekankan pada prosedur

Suatu sistem adalah suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul bersama-sama untuk melakukan suatu kegiatan atau untuk menyelesaikan suatu sasaran yang tertentu.

2. Sistem yang menekankan pada komponen atau elemen

Suatu sistem adalah kumpulan elemen yang saling berinteraksi untuk mencapai suatu tujuan.

2.2.2 Pengertian Sistem

Sistem merupakan gabungan dari elemen – elemen yang saling berkaitan dan menjadi satu kesatuan yang beragam, dari masing-masing komponen memiliki hubungan yang bebas dan saling bergantung guna mencapai sasaran kesatuan yang majemuk pula (Azwar, 2010).

2.2.3 Unsur- Unsur Sistem

Dikatakan sistem karena dibentuk dari elemen-elemen yang saling berpengaruh dan berkaitan. Elemen – elemen tersebut yang dimaksud merupakan entitas yang mutlak perlu ditemukan, jika yang dimaksud tidak seperti definisi, maka apa yang disebut dengan sistem tersebut bisa dikatakan tidak ada. Elemen-elemen yang dimaksud jika dielementerkan dapat diklasifikasikan menjadi enam unsur saja yaitu :

1. *Input* (Masukan)

Masukan *input* sistem adalah segala sesuatu yang masuk ke dalam suatu sistem yang kemudian menjadi bahan yang nantinya menjadi bahan untuk diproses.

2. *Proses* (Proses)

Suatu bagian yang melakukan perubahan atau transformasi dari masukan menjadi keluaran yang berguna dan lebih bernilai dalam mencapai suatu tujuan.

3. *Output* (Keluaran)

Keluaran atau *output* disini adalah lanjutan dari tahapan proses. Dalam *output* yang dihasilkan dapat berupa informasi yang diinginkan, laporan dan lain-lain .

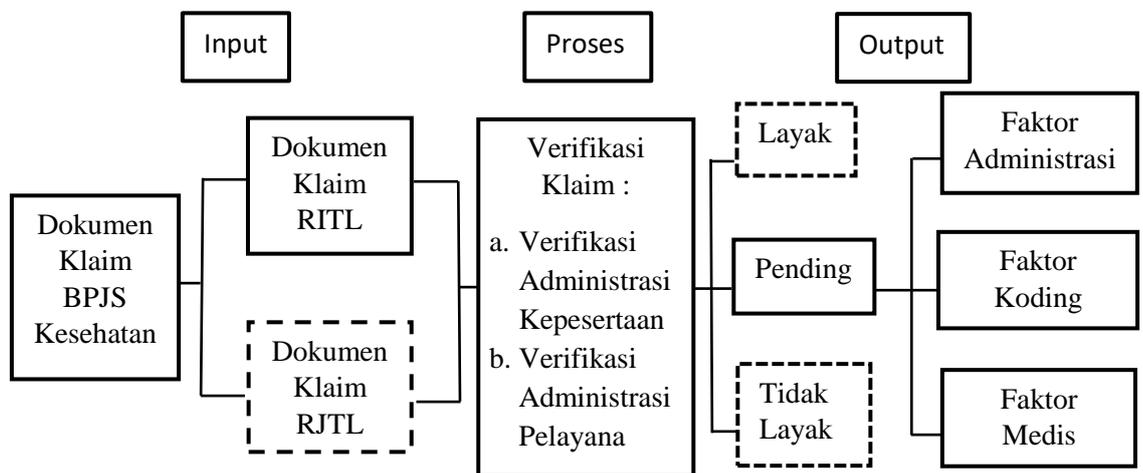
2.3 Kerangka Teori



Sumber : (Azwar, 2010)

Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.4 Kerangka Konsep



Keterangan :

- = Variabel yang diteliti
- = Variabel tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep