

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan kesehatan perseorangan secara menyeluruh. Layanan tersebut mencakup upaya promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (pengobatan), rehabilitatif (pemulihan kondisi), hingga paliatif atau pengurangan penderitaan pada penyakit berat (UU RI Nomor 17 Tahun 2023).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyebutkan bahwa Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh, mencakup layanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit terbagi menjadi dua jenis, yaitu Rumah Sakit Umum yang melayani berbagai bidang dan jenis penyakit, serta Rumah Sakit Khusus yang fokus pada satu bidang atau jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, kelompok usia, organ tubuh, atau kekhususan lainnya. (Permenkes RI Nomor 3 Tahun 2020).

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, dalam Pasal 190 menjelaskan bahwa rumah sakit mempunyai hak yaitu:

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit.
- b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan.
- d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian.
- f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan.
- g. Mempromosikan layanan Kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

## **2. Pelayanan Rawat Inap**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, pelayanan rawat inap merupakan pelayanan kesehatan perorangan *non* spesialisik yang diselenggarakan di

fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, serta layanan kesehatan lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya menjalani perawatan inap minimal selama satu hari (Permenkes RI Nomor 71 Tahun 2013). Pelayanan rawat inap merupakan layanan medis utama di rumah sakit yang menjadi wadah interaksi antara pasien dan rumah sakit dalam jangka waktu yang relatif lama. Layanan ini melibatkan hubungan yang erat dan sensitif antara pasien, perawat, dan dokter, yang berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien, mutu pelayanan, serta citra rumah sakit (Sulaiman et al., 2021).

Menurut Winarso et al. (2020), rawat inap merupakan salah satu bentuk pemeliharaan kesehatan di rumah sakit, di mana pasien dirawat dan menginap minimal satu hari berdasarkan rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan atau rumah sakit lainnya. Secara umum, pelayanan rawat inap dibagi ke dalam beberapa kelas perawatan, yaitu VIP, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III, serta dikelompokkan berdasarkan ruang atau bangsal tertentu. Kegiatan yang terkait dengan pelayanan rawat inap mencakup penerimaan pasien, pelayanan medis oleh dokter, perawatan oleh perawat, pelayanan penunjang medis, pelayanan obat, pelayanan makanan, serta pengelolaan administrasi keuangan (Winarso et al., 2020).

Instalasi rawat inap merupakan unit pelayanan *non* struktural di rumah sakit yang menyediakan sarana dan melaksanakan kegiatan pelayanan bagi pasien yang memerlukan perawatan inap. Pasien rawat inap umumnya adalah pasien yang membutuhkan pengawasan intensif dan

observasi ketat karena kondisi penyakitnya. Menurut Winarso et al. (2020), kualitas pelayanan kesehatan di ruang rawat inap rumah sakit dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu:

- a. Penampilan keprofesian atau aspek klinis, yang mencakup pengetahuan, sikap, dan perilaku dokter, perawat, serta tenaga profesional lainnya..
- b. Efisiensi dan efektifitas, berkaitan dengan pemanfaatan sumber daya rumah sakit secara optimal agar berdaya guna dan berhasil guna.
- c. Keselamatan pasien, meliputi jaminan keamanan dan perlindungan bagi pasien selama menjalani perawatan.
- d. Kepuasan pasien, mencakup kepuasan secara fisik, mental, dan sosial terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, biaya, dan aspek lainnya.

### **3. Rekam Medis**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, rekam medis adalah dokumen yang memuat data identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, serta berbagai layanan lain yang telah diberikan kepada pasien selama menjalani perawatan (Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022).

Rekam medis merupakan catatan atau dokumen penting yang berperan dalam mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada pasien di rumah sakit. Fungsi rekam medis berkaitan dengan isinya yang memuat informasi lengkap tentang kondisi pasien, sehingga menjadi dasar

dalam pengambilan keputusan untuk tindakan pelayanan atau medis selanjutnya, dan rekam medis juga berkontribusi terhadap penilaian kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan (Amran et al., 2022).

a. Manfaat Rekam Medis

Rekam medis memiliki peran penting dalam mendukung pemeliharaan kesehatan serta proses pengobatan pasien. Dokumen ini berfungsi sebagai sumber informasi medis dan dapat dimanfaatkan dalam upaya perawatan serta penatalaksanaan kondisi kesehatan pasien. Selain itu, rekam medis juga berkontribusi dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Rekam medis memiliki manfaat sebagai dasar penetapan pembiayaan pelayanan kesehatan. Informasi yang tercantum dalam catatan medis disusun oleh dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan lainnya yang dapat dijadikan acuan untuk menentukan besaran biaya yang harus ditanggung oleh pasien, pihak keluarga, maupun lembaga penyedia asuransi kesehatan (Amran et al, 2022). Kegunaan rekam medis dikenal dengan sebutan ALFRED, yaitu:

1) Aspek Administrasi (*Administration*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2) Aspek Hukum (*Legal*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha penegakan hukum serta penyediaan hukum tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

3) Aspek Keuangan (*Financial*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

4) Aspek Penelitian (*Riset*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

5) Aspek Pendidikan (*Education*)

Rekam medis memiliki nilai edukatif karena memuat data kronologis pelayanan medis pasien yang dapat digunakan sebagai bahan ajar dalam pendidikan profesi terkait.

6) Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

b. Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Pasal 2 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis memiliki tujuan sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
- 2) Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis.
- 3) Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis.
- 4) Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

**4. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)**

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan mekanisme penyelenggaraan program jaminan sosial oleh sejumlah badan penyelenggara jaminan sosial. Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), tujuan utama jaminan sosial adalah untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan dasar untuk kehidupan yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Penyelenggaraan SJSN didasarkan pada tiga asas, yaitu asas kemanusiaan yang mengedepankan martabat manusia, asas manfaat yang menggambarkan pengelolaan program secara efektif dan efisien, serta asas keadilan yang menekankan pada pemerataan dan perlindungan hak seluruh peserta. Hal ini dimaksudkan untuk memastikan keberlangsungan program jaminan sosial dan hak peserta (UU RI Nomor 40 Tahun 2004).

Dalam Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, penyelenggaraan SJSN terdiri atas program:

- a. Jaminan Kesehatan.
- b. Jaminan Kecelakaan Kerja.
- c. Jaminan Hari Tua.
- d. Jaminan Pensiun.
- e. Jaminan Kematian.

#### **5. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS merupakan badan hukum yang berperan menyelenggarakan program jaminan sosial. Tujuan utama BPJS adalah untuk untuk menjamin kebutuhan dasar kehidupan yang layak bagi setiap anggota dan/atau keluarganya. Keanggotaan BPJS untuk masyarakat miskin ditanggung oleh pemerintah yang mendaftarkan penerima bantuan iuran dan anggota keluarganya sebagai peserta kepada BPJS. Dalam pelaksanaannya, peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dibagi menjadi dua kelompok, yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), yang iurannya dibayar secara rutin oleh pemerintah setiap bulan, dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (*non-PBI*) yang membayar iurannya sendiri (UU RI Nomor 24 Tahun 2011).

Berdasarkan UU RI Nomor 24 Tahun 2011, tugas BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan yaitu:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- b. Mengumpulkan dan menariki iuran dari peserta ke 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 menurut syarat dan ketentuan program jaminan sosial.
- g. Memberikan informasi terkait dengan pengadaan program jaminan sosial kepada masyarakat.

#### **6. *Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's)***

Berdasarkan Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, metode pembayaran untuk layanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) menggunakan sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). Sistem INA-CBGs disebut juga sebagai sistem *casemix*, yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur medis berdasarkan karakteristik klinis yang serupa serta penggunaan sumber daya atau biaya perawatan yang relatif setara (Perpres RI Nomor 82 Tahun 2018).

Pengelompokan dalam sistem INA-CBGs didasarkan pada proses kodifikasi yang menggunakan diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur

medis sebagai *output* pelayanan yang diberikan. Dalam pelaksanaannya, sistem ini mengacu pada ICD-10 versi tahun 2010 untuk kodefikasi diagnosa penyakit dan ICD-9CM versi tahun 2010 untuk kodefikasi tindakan/prosedur medis (Permenkes RI Nomor 26 Tahun 2021). Tarif paket dalam sistem INA-CBGs mencakup semua komponen sumber daya yang digunakan oleh rumah sakit, baik untuk layanan medis maupun *non*-medis. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran sesuai dengan tarif INA-CBGs yang telah ditentukan berdasarkan rata-rata biaya yang dikeluarkan untuk masing-masing kelompok diagnosis. Penetapan tarif INA-CBG's didasarkan pada data *costing* dan data *coding* rumah sakit, yang disusun dengan mengacu pada sistem pengelompokan diagnosis dan prosedur menggunakan ICD-10 dan ICD 9-CM yang dikembangkan oleh WHO (Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2014).

## **7. Klaim BPJS Kesehatan**

Klaim BPJS merupakan proses pengajuan biaya atas layanan perawatan yang telah diberikan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit. Pengajuan ini dilakukan secara kolektif dan diajukan kepada BPJS Kesehatan setiap bulan sebagai bentuk penagihan atas pelayanan yang telah dilaksanakan (Ardhitya et al., 2015). Kelengkapan dokumen untuk klaim JKN merupakan faktor yang sangat penting agar proses penggantian biaya pelayanan dapat berjalan lancar. Hal ini dipengaruhi oleh berbagai persyaratan, baik dari peserta yang memerlukan berkas seperti fotokopi KTP dan kartu BPJS, maupun dari

pihak layanan medis yang perlu menyediakan dokumen seperti *resume* medis pasien, laporan pemeriksaan penunjang, dan laporan individu pasien (Megawati, 2016).

Dalam proses klaim, tidak semua berkas klaim akan dibayar oleh BPJS Kesehatan. Setelah menerima klaim yang diajukan oleh FKRTL, BPJS akan menerbitkan bukti klaim dan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 hari kerja sejak berkas diterima oleh BPJS Kesehatan. Menurut BPJS Kesehatan (2017), tipe status klaim terdiri dari:

- a. Klaim layak, merupakan berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dan dinyatakan lolos atau memenuhi persyaratan administrasi atau pelayanan sehingga dapat dilakukan pembayaran penggantian oleh BPJS Kesehatan.
- b. Klaim tidak layak, merupakan berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dimana berkas tersebut dinyatakan tidak lolos karena tidak memenuhi persyaratan administrasi atau pelayanan sesuai ketentuan persyaratan sehingga tidak dapat dilakukan penggantian biaya oleh BPJS Kesehatan.
- c. Klaim *pending*, merupakan berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan masih terdapat beberapa kesalahan seperti belum lengkap syarat administrasi atau masih terdapat kesalahan dalam kodifikasi sehingga masih perlu dilakukan revisi atau diajukan ulang.
- d. Klaim *dispute*, merupakan berkas klaim yang dinyatakan tidak dapat

dilakukan penggantian biaya oleh pihak BPJS Kesehatan karena terdapat ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit.

Berkas klaim yang dikembalikan dari BPJS Kesehatan ke FKRTL dapat diselesaikan sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku. Berkas *pending* klaim yang dikembalikan tersebut dapat direvisi dan diajukan kembali oleh FKRTL dengan perbaikan sebanyak 2 kali (Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018).

#### **8. Aspek Penyebab *Pending* Klaim**

Klaim yang dinyatakan *pending*/tertunda dapat disebabkan oleh berbagai aspek. Berdasarkan Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBGs Edisi 2 Tahun 2018, permasalahan klaim dapat dibagi menjadi 3 aspek, yaitu:

##### **a. Aspek Medis**

Permasalahan *pending* klaim dari aspek medis sering terjadi karena adanya perbedaan pendapat antara verifikator BPJS dan petugas klaim di rumah sakit mengenai diagnosis yang diajukan. Penyebab *pending* klaim dari faktor medis disebabkan karena tidak lengkapnya penulisan tindakan di *resume* medis, tidak lengkapnya penulisan alasan pasien rawat inap di SPRI, tidak tertulisnya penggunaan ventilator dengan menggunakan invansif atau non invansif, dan tidak lengkapnya penulisan laporan operasi (Widaningtyas et al., 2024).

b. Aspek Koding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode tindakan sesuai dengan ICD-9CM. Koding memiliki peran penting dalam sistem pembiayaan prospektif karena menentukan besaran biaya yang akan dibayarkan ke rumah sakit. Ketepatan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem *casemix* (Permenkes RI Nomor 26 Tahun 2021).

c. Aspek Administrasi

Aspek administrasi dalam pengajuan klaim 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 yang menyebabkan klaim *pending* rawat inap yaitu tidak dilampirkannya data administrasi kepersertaan yaitu surat keterangan lahir sebagai syarat penerbitan SEP (Surat Eligibilitas Peserta), tidak dilampirkannya administrasi pelayanan yaitu hasil laboratorium, radiologi dan laporan operasi dan tidak ada komponen obat pada administrasi keuangan pada kwitansi/*biling* (Widaningtyas et al., 2024).

## 9. Diagram *Fishbone*

Menurut Ali (2017), diagram *fishbone* atau diagram tulang ikan yang sering disebut dengan diagram sebab-akibat atau *cause and effect* diagram diperkenalkan oleh seorang ahli pengendalian kualitas dari Jepang yaitu

Dr. Kaoru Ishikawa untuk mengidentifikasi faktor penyebab masalah. Menurut Malabay (2016), diagram *fishbone* merupakan suatu teknik grafis dalam bentuk gambar tulang ikan yang digunakan untuk menggambarkan dan menghubungkan interaksi antar faktor-faktor yang mempengaruhi terhadap keberhasilan suatu proses kegiatan. Manfaat penggunaan diagram *fishbone* yaitu:

- a. Ketajaman penjelasan mengenai alasan-alasan yang ditimbulkan dari suatu masalah.
- b. Sebagai usaha untuk meningkatkan mutu produk atau layanan agar lebih efisien.
- c. Sebagai langkah untuk mengurangi keadaan yang menyebabkan ketidaksesuaian terhadap produk atau layanan.
- d. Sebagai upaya standardisasi yang sedang dilaksanakan atau yang direncanakan.
- e. Sebagai langkah pendidikan dan pelatihan untuk para pelaku dalam proses pengambilan keputusan dan melakukan perbaikan.

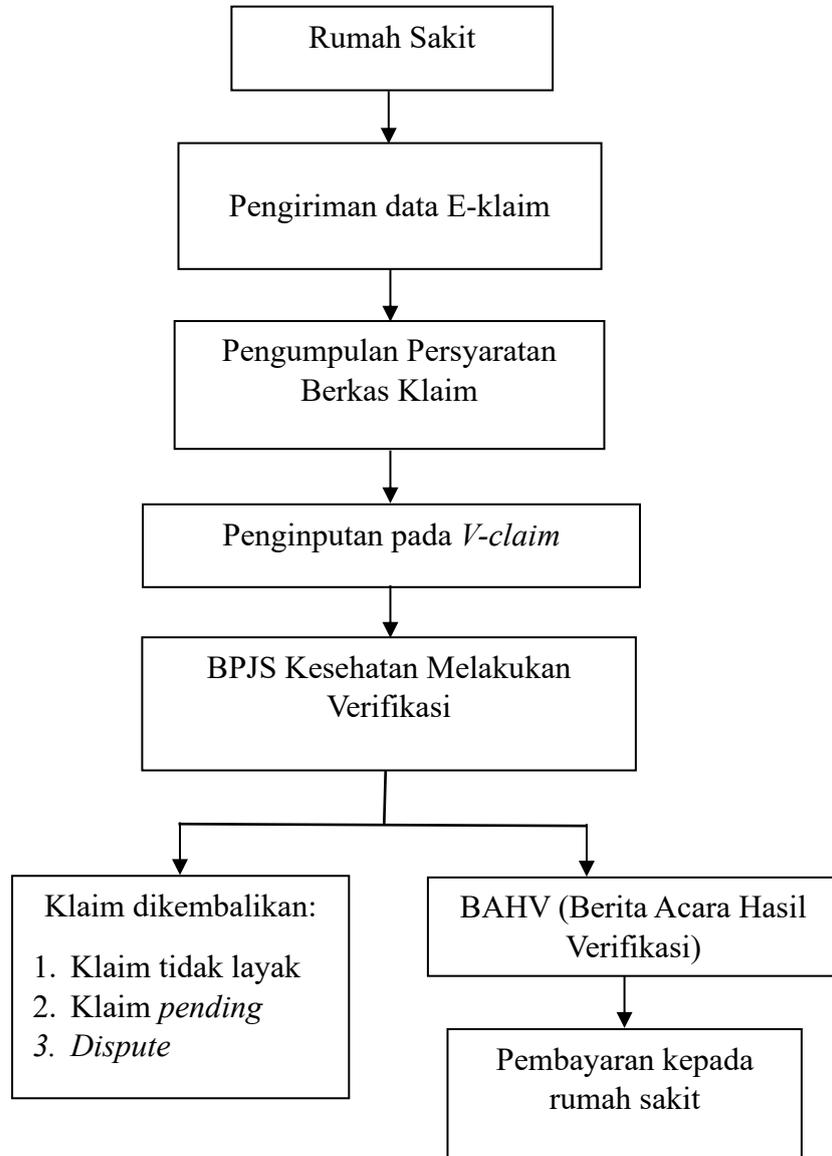
Menurut Emerson (1960), faktor pendukung untuk diagram *fishbone* dapat ditinjau dari lima unsur manajemen (5M) yaitu:

- a. *Man* (Manusia), sumber daya manusia adalah faktor utama dalam manajemen. Keberhasilan organisasi sangat bergantung pada kinerja, keterampilan, dan kerja sama tim.
- b. *Machine* (Mesin), merupakan teknologi dan peralatan digunakan untuk meningkatkan produktivitas dan efisiensi kerja. Pemeliharaan mesin

yang baik dapat meningkatkan efektivitas operasional.

- c. *Materials* (Bahan), merupakan bahan atau perlengkapan yang dibutuhkan dalam melakukan suatu kegiatan.
- d. *Method* (Metode), merupakan prosedur, strategi, dan teknik kerja yang digunakan untuk mencapai tujuan dengan efisien. Sehingga dalam pelaksanaannya terdapat prosedur yang memenuhi standar.
- e. *Money* (Uang), merupakan sumber daya finansial yang diperlukan untuk menjalankan operasional dan mencapai tujuan organisasi. Pengelolaan uang mencakup perencanaan anggaran dan pengendalian biaya.

## B. Kerangka Teori

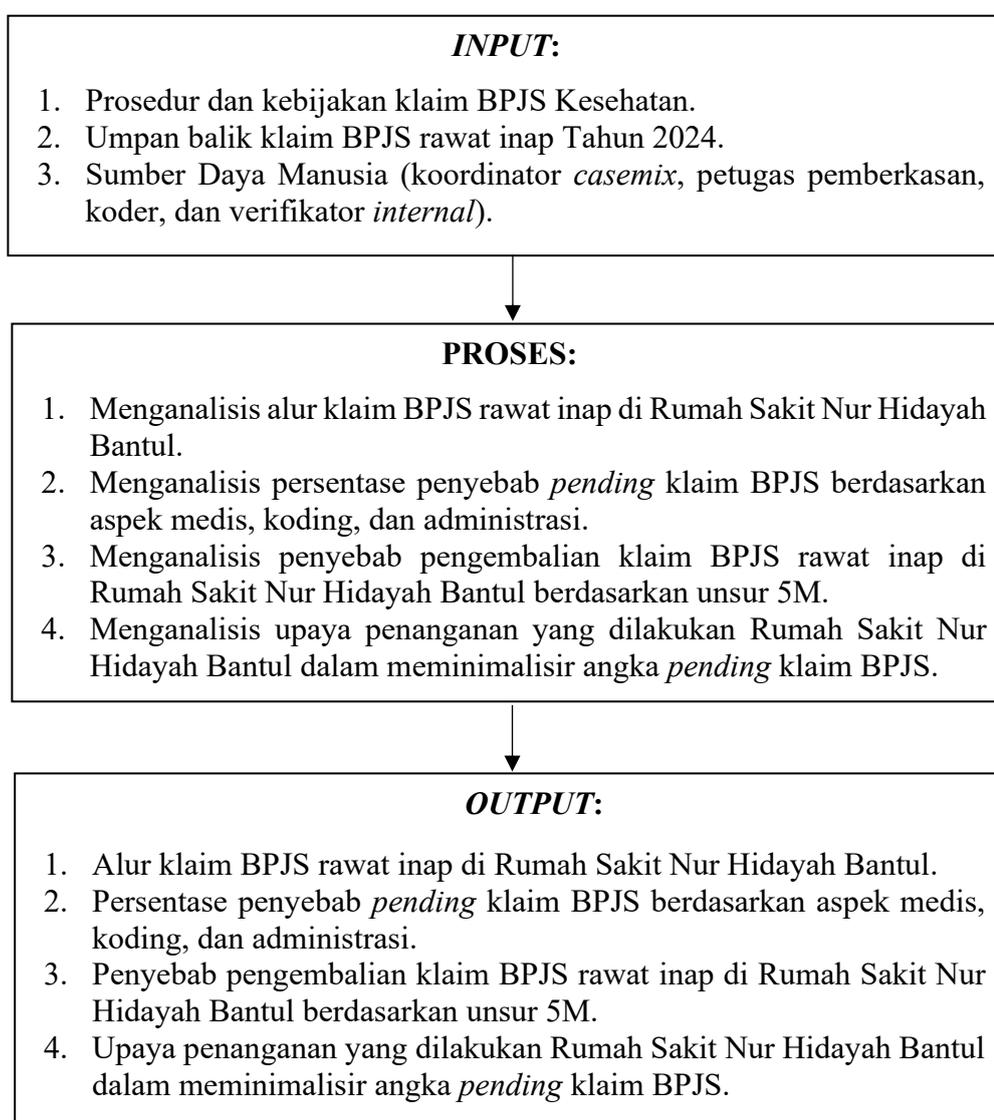


Gambar 1. Kerangka Teori.

Sumber: BPJS Kesehatan (2015)

### C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan metode yang digunakan untuk menguraikan atau menghubungkan antara variabel yang akan dianalisis (Notoatmodjo, 2018). Berikut merupakan kerangka konsep penelitian mengenai “Analisis Penyebab *Pending* Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul”.



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian.

**D. Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana alur klaim BPJS pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul?
2. Berapa persentase penyebab *pending* klaim di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul berdasarkan aspek medis, koding, dan administrasi?
3. Bagaimana terjadinya *pending* klaim berdasarkan unsur 5M?
4. Bagaimana upaya penanganan yang dilakukan Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul dalam meminimalisir angka *pending* klaim BPJS?