

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rumah Sakit

Berdasarkan Undang Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada pasal 4 menyatakan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi:

- 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.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan

kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah sakit mempunyai kewajiban yang harus dilaksanakan. Menurut Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pada pasal 189 disebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin.
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan kejadian luar biasa (KLB), atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.

- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.
- h. Menyelenggarakan rekam medis.
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia.
- j. Melaksanakan sistem rujukan.
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.
- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien.
- n. Melaksanakan etika rumah sakit.
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional.
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit.
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas.

- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

2. Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu jenis pelayanan kesehatan di rumah sakit yang mempunyai peran penting dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan karena menjadi pintu gerbang pelayanan rawat inap dan pelayanan kesehatan lainnya (Sinaga, 2018).

Pelayanan rawat jalan sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan di rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan yang efektif dan efisien serta mampu memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan standar yang ditetapkan, dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat, dan mampu memenuhi harapan konsumen dengan cara memberikan pelayanan yang berkualitas. Kualitas rumah sakit sebagai institusi yang menghasilkan produk teknologi jasa kesehatan sudah tentu tergantung juga pada kualitas pelayanan medis dan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien, sehingga dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien serta dapat meningkatkan minat pelanggan untuk memanfaatkan kembali jasanya (Nursalam, 2014).

3. Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis yang tercantum pada pasal 1, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada

pasien. Rekam medis yang lengkap, menyediakan informasi yang akurat dan dapat dipergunakan untuk berbagai keperluan seperti bahan pembuktian dalam hukum, bahan penelitian dan pendidikan serta alat analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (Pamungkas dkk., 2015).

Rekam medis di rumah sakit dibedakan menjadi 2 jenis yaitu rekam medis rawat jalan dan rekam medis rawat inap. Rekam medis rawat jalan bentuknya lebih sederhana dibandingkan dengan rekam medis rawat inap. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesa, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 24 tahun 2022).

a. Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 yang tercantum pada pasal 2, rekam medis bertujuan untuk:

- 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.

b. Kegunaan Rekam Medis

Gibony (1991) menyatakan bahwa rekam medis memiliki kegunaan yang biasa disingkat ALFRED yaitu:

1) *Administration*

Data dan informasi yang dihasilkan dalam rekam medis dapat digunakan dalam manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya.

2) *Legal*

Rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi pasien, provider (dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan terhadap hukum.

3) *Financial*

Catatan yang ada dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk penelusuran terhadap berbagai macam penyakit yang telah dicatat untuk memprediksikan pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.

4) *Research*

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5) *Education*

Dokumen rekam medis dapat digunakan untuk pengembangan ilmu.

6) *Documentation*

Rekam medis dapat digunakan sebagai dokumen yang menyimpan sejarah medis seseorang.

4. Sistem Jaminan Sosial Nasional

Menurut Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, jaminan sosial merupakan bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.

Jenis Program Jaminan Sosial menurut Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 18 meliputi:

a. Jaminan Kesehatan

Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Penyelenggaraan jaminan kesehatan bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Kepesertaan jaminan kesehatan tetap

berlaku paling lama 6 (enam) bulan sejak peserta mengalami pemutusan hubungan kerja.

b. Jaminan Kecelakaan Kerja

Jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial. Penyelenggaraan jaminan kecelakaan kerja bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja.

c. Jaminan Hari Tua

Jaminan hari tua diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib. Penyelenggaraan jaminan hari tua bertujuan untuk menjamin agar peserta menerima uang tunai apabila sudah memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia.

d. Jaminan Pensiun

Jaminan pensiun diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib. Penyelenggaraan jaminan pensiun bertujuan untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak saat peserta kehilangan atau sudah berkurang penghasilannya karena memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap.

e. Jaminan Kematian

Jaminan kematian diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial. Penyelenggaraan jaminan kematian bertujuan untuk memberikan santunan kematian yang dibayarkan kepada ahli waris peserta yang telah meninggal dunia.

5. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

Menurut Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang kemudian disingkat BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS dibagi menjadi dua yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan memiliki fungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua.

Untuk menjalankan fungsi sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 pasal 10, 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.

6. *Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*

Sesuai PMK Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada FKTP dan FKRTL, kepada FKRTL, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran berdasarkan cara *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)* (Indriani, 2013; Rahayuningrum, 2016). Sistem INA-CBG's adalah aplikasi yang digunakan untuk pengajuan dan pembayaran klaim atas pelayanan kesehatan yang telah diselenggarakan di fasilitas kesehatan seperti rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. INA-CBG's merupakan sistem pengelompokan penyakit berdasarkan ciri klinis yang sama dan sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. Sistem pengelompokan ini diterapkan pada penyelenggaraan jaminan kesehatan untuk pembiayaan kesehatan yang bersifat prospektif (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 76 Tahun 2016).

Tarif *Indonesian Case Based Groups (Tarif INA-CBG's)* adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Tarif paket mencakup semua komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan baik pelayanan

medis maupun non medis. Rumah sakit akan mendapatkan penggantian dana menurut tarif INA-CBG's sesuai dengan rata-rata biaya yang diselesaikan untuk suatu kelompok diagnosis. Perhitungan tarif INA-CBG's bersumber pada data *costing* dan data *coding* rumah sakit dengan berpedoman pada pengelompokan menggunakan ICD-10 dan ICD 9-CM yang disusun oleh WHO. Data *costing* merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi. Data *costing* didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan 31 pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya), sedangkan data *coding* diperoleh dari data klaim BPJS Kesehatan (Dumaris, 2015).

7. Klaim BPJS Kesehatan

Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018, Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Klaim asuransi adalah tagihan atau tuntutan dari sebuah imbalan dari hasil pelayanan kesehatan dengan jumlah yang telah disepakati dalam perjanjian. Perjanjian yang dimaksud adalah perjanjian yang telah tertulis dalam kontrak kerjasama yang telah disepakati sejak awal. Klaim pada peserta BPJS Kesehatan di rumah sakit dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien yang berupa

resume medis lengkap dengan diagnosa menggunakan ICD 10 atau tindakan dengan menggunakan ICD 9-CM serta sudah ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Klaim yang dibayarkan sesuai dengan paket tarif INA-CBG's yang telah ditentukan oleh Kemenkes (Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018).

Klaim disetorkan sesuai bulan kejadian. Misalkan kejadian bulan Juni maka seluruh klaim pasien bulan Juni harus disetorkan ke BPJS Kesehatan lengkap atau tidak lengkap. Klaim diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 pada bulan berjalan yang kemudian akan diverifikasi oleh tim verifikator BPJS Kesehatan dalam bentuk *soft copy* dan *hard copy* (Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes BPJS Kesehatan, 2014).

Menurut petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan (2014), tahap verifikasi klaim terdiri dari:

a. 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-CBG's.

b. Verifikasi administrasi pelayanan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah:

- 1) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan.

- 2) Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
- 3) Kesesuaian antara tindakan dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan direktur rumah sakit secara tertulis.

c. Verifikasi pelayanan kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah:

- 1) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9-CM atau *soft copy*-nya.
- 2) 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.
- 3) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari, maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/ Surgery*) termasuk rawat jalan.
- 4) Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan >6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ ruang rawat inap dan/ atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.

- 5) Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, diman pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sedah termasuk didalamnya.
- 6) Pada kasus spesial CMG's, bukti pendukung adalah:
 - a) *Special Drugs: product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim.
 - b) *Special Procedure*: laporan asli.
 - c) *Special Prothesis: Product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim.
 - d) *Special Investigation: expertise* pemeriksaan.
 - e) *Special Chronic & Sub-acute*: instrumen WHO DAS.
- 7) Apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki diagnosis penyakit, hanya perlu dikode bahwa bayi lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multiple (Z38.-).
- 8) Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.

- 9) Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder berkaitan digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10 maka harus menggunakan kode tersebut.
- 10) Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu tetapi dikode terpisah.

Jika klaim dianggap lengkap, layak dan sesuai antara diagnosa dengan koding INA-CBG's dan terdapatnya prosedur dan terapi serta tanda tangan DPJP maka klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja. Jika tidak lengkap maka berkas klaim akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi dan dimasukkan dalam klaim *pending* atau tagihan tertunda. Klaim yang tidak lengkap dan dianggap tidak layak diserahkan kembali ke rumah sakit melalui unit penjaminan untuk dikoreksi dan direvisi oleh unit penjamin. Hasil koreksi dan revisi dilakukan oleh unit penjamin misalnya meminta tanda tangan DPJP, penyesuaian koding INA-CBG's, telusur prosedur dan terapi kepada DPJP atau melihat rekam medis pasien yang bersangkutan. Klaim yang sudah direvisi akan disertakan pada klaim baru yang diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 bulan berjalan (Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes BPJS Kesehatan, 2014).

Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:

Menurut peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 pasal 18, kelengkapan administrasi klaim umum Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan yaitu:

- a. Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3.
- b. *Soft copy* iuran aplikasi.
- c. Kwitansi asli bermaterai.
- d. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
- e. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

Kelengkapan yang lain yaitu:

- a. Rekapitulasi pelayanan.
- b. Berkas pendukung masing-masing pasien yang terdiri dari:
 - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
 - 2) Surat perintah rawat inap.
 - 3) Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
 - 4) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP yaitu:
 - a) Laporan operasi.
 - b) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus.
 - c) Perincian tagihan rumah sakit (manual atau *automatic billing*).
 - d) Berkas pendukung lain yang diperlukan.

8. Penyebab Berkas Tidak Layak Klaim

Berdasarkan hasil penelitian Wahyuni (2015), faktor penyebab klaim BPJS tidak layak adalah *Man* (SDM) petugas medis yaitu dokter dan petugas rekam medis atau petugas *grouping*. *Money* (uang) yang dapat menyebabkan terjadi kerugian baik bagi pasien maupun bagi rumah sakit, misalnya tarif rumah sakit Rp. 35.715.961 dan tarif INA-CBG's senilai 38.474.600, berarti terdapat perbedaan dari tarif yang telah ditetapkan. *Material* (bahan), terdapatnya perbedaan obat-obatan, pemberian jasa dokter serta barang medis habis pakai yang tidak sesuai dengan aturan BPJS, misalnya pemberian paket obat kronis sejumlah 86 kasus, sedangkan klaim yang dilakukan sebanyak 109 kasus. *Market* yaitu petugas yang berperan dalam mengajukan klaim tidak mengikuti aturan pelayanan sehingga akan berdampak pada pembiayaan pelayanan kesehatan rumah sakit (Wahyuni, 2015).

Hasil penelitian Otifa (2016) di Layanan Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo Magelang, menyebutkan bahwa faktor penyebab klaim tidak layak diantaranya komunikasi pimpinan, sikap dokter, sikap verifikator BPJS Kesehatan, dan tidak adanya standar operasional prosedur dalam menentukan langkah dalam menetapkan klaim. Terjadinya klaim tidak layak bayar di Layanan Rawat Jalan RSJ ini juga berdampak pada mutu rumah sakit dan dengan adanya klaim tidak layak ini juga menimbulkan kerugian karena tidak adanya ganti rugi

atas pelayanan kesehatan yang telah di berikan rumah sakit sebelumnya kepada pasien (Otifa, 2016).

Menurut penelitian Kusumawati (2018), adanya klaim *pending* dan tidak layak disebabkan oleh 4 faktor yaitu kesalahan dalam proses koding, kesalahan dalam proses input, kesalahan dalam penempatan diagnosis dan ketidaklengkapan resume medis, yang dapat disajikan sebagai berikut:

1. Kesesuaian Administratif Kepesertaan

Adanya kesalahan administrasi kepesertaan karena kesalahan dalam persyaratan pendaftaran pasien seperti ketersediaan kartu BPJS kesehatan asli dan fotokopi, fotokopi identitas diri (KK) dan input SEP. Pada proses persetujuan klaim petugas verifikator BPJS mencocokkan seluruh administrasi dengan data kepesertaan pasien. Ketika tidak ada fotokopi kartu BPJS, fotokopi KTP atau fotokopi KK yang dilampirkan, maka persyaratan klaim tidak disetujui oleh verifikator BPJS (Putri & Budi, 2017).

2. Kesesuaian Administratif Pelayanan Medik

Adanya kesalahan administrasi pelayanan medik karena kesalahan dalam pengisian dan kelengkapan berkas resume medis, laporan penunjang, penetapan episode perawatan, penulisan diagnosa dan pemberian kode penyakit serta pengesahan tanda tangan DPJP pada lembar INA-DRG dan penepatan LOS. (Malonda, Rattu dan Soleman, 2015).

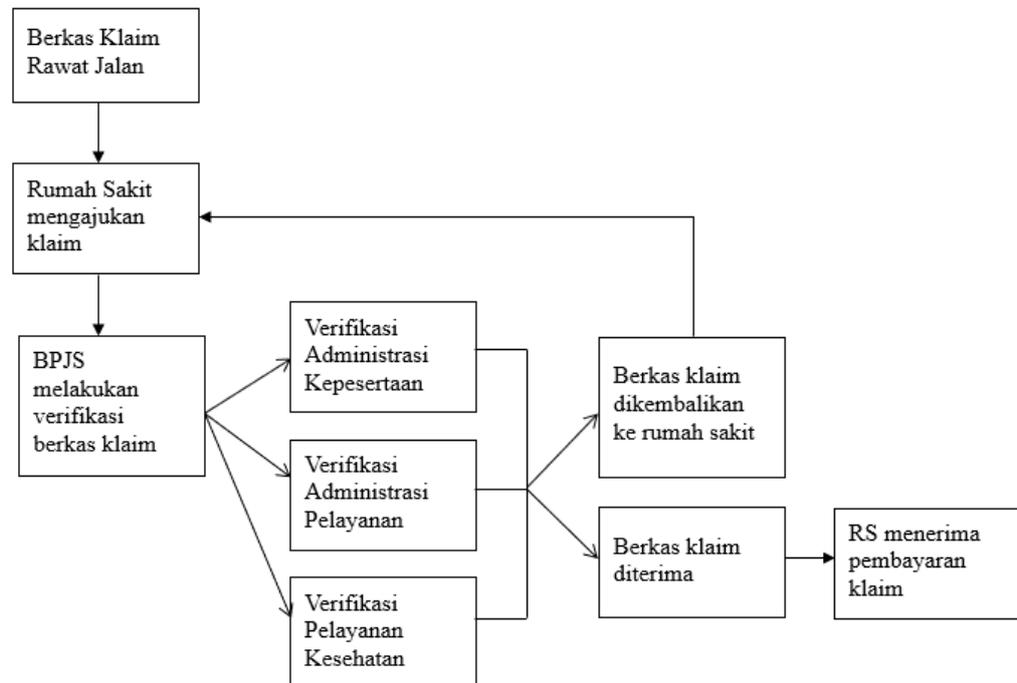
3. Ketepatan Diagnosa Penyakit

Adanya kesalahan ketepatan diagnosa penyakit karena pengaruh dari kesalahan dalam penetapan diagnosa penyakit yaitu pengaruh dari kejelasan penulisan diagnosa, kurangnya tanggung jawab dokter, adanya diagnosa singkatan, kelengkapan penulisan diagnosa serta penetapan diagnosa primer dengan diagnosa sekunder. Evaluasi terhadap kualitas rekam medis sangat berguna dalam menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya, sehingga kode penyakit yang dihasilkan akurat dan sesuai dengan aturan umum koding morbiditas ICD-10 (Oktamianiza, 2016).

4. Ketepatan Kode Penyakit

Adanya kesalahan ketepatan kode penyakit karena kurang 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 ke Vol.1 ICD-10 (Kusumawati, 2018).

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori.

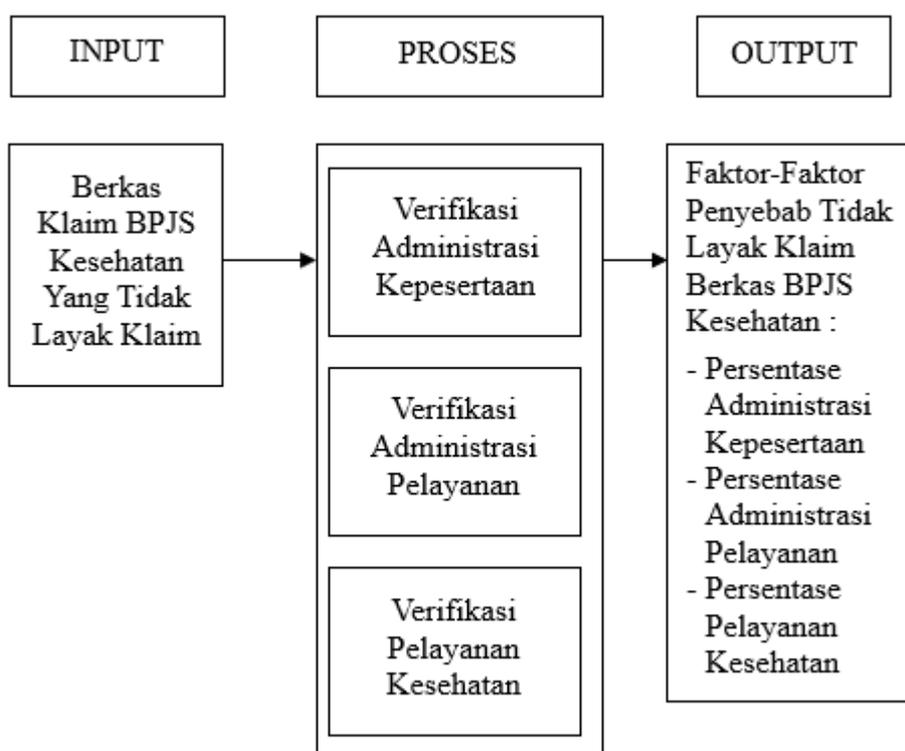
Sumber: Susilawardani (2018).

Dari kerangka teori diatas, dapat diartikan bahwa rumah sakit melakukan pengajuan klaim dengan menggunakan berkas klaim yang terdapat pada rekam medis rawat jalan. Rumah Sakit mengajukan klaim ke BPJS. Kemudian BPJS akan melakukan verifikasi berkas klaim melalui beberapa tahapan, yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Apabila verifikator BPJS sudah melakukan verifikasi dan terdapat ketidaksesuaian berkas klaim, maka berkas klaim akan dikembalikan ke rumah sakit sebagai berkas yang tidak layak klaim. Apabila berkas klaim sudah lengkap dan

sesuai, maka berkas dianggap layak dan klaim akan diterima oleh BPJS selanjutnya rumah sakit akan menerima pembayaran klaim.

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu cara yang digunakan untuk menjelaskan atau kaitan antara variabel yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2018). Berikut ini adalah kerangka konsep penelitian mengenai “Faktor-Faktor Penyebab Tidak Layak Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pada Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Nyi Ageng Serang”



Gambar 2. Kerangka Konsep.

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana alur klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di RSUD Nyi Ageng Serang?
2. Berapa besar persentase faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh verifikasi administrasi kepesertaan?
3. Berapa besar persentase faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh verifikasi administrasi pelayanan?
4. Berapa besar persentase faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh verifikasi pelayanan kesehatan?
5. Bagaimana tindak lanjut yang dilakukan RSUD Nyi Ageng Serang terhadap berkas BPJS Kesehatan yang tidak layak klaim?