

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah bagian yang amat penting dari suatu sistem Kesehatan dalam jejaring kerja pelayanan kesehatan, rumah sakit menjadi simpul utama yang berfungsi sebagai pusat rujukan. Rumah Sakit adalah organisasi yang bersifat padat karya, padat modal, padat teknologi, dan padat keterampilan (Soedarmo, 2000) menurut WHO rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi Kesehatan dan organisasi sosial berfungsi mengadakan pelayanan Kesehatan yang lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap melalui kegiatan pelayanan medis serta perawatan.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun (Tentang Rumah Sakit, 2009) Tentang Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

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 medis.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, guna menjalankan tugasnya rumah sakit memiliki fungsi (UU No, 44 Tahun (Tentang Rumah Sakit, 2009)):

1. Penyelenggaraan pelayanan 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.

2.1.3 Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur

Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur (RSMM) merupakan rumah sakit khusus mata Pemerintah Provinsi Jawa Timur yang menjalankan tugas dan fungsi pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya di wilayah Provinsi Jawa Timur. RSMM selalu berupaya optimal untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat dan menerapkan kebijakan pelayanan kesehatan yang memenuhi standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Menurut pasal 1 Undang-Undang RI Nomor 44 tahun (Tentang Rumah Sakit, 2009) tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang

menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah Sakit didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

2.3 Asuransi non-BPJS

Sistem pembiayaan asuransi kesehatan non-BPJS dalam implementasi asuransi kesehatan terdapat delapan jenis asuransi yang digunakan di Rumah Sakit Mata Masyarakat yaitu sebagai berikut ini:

1. Mandiri atau tunai

Sistem pembayaran tunai merupakan sistem yang di gunakan untuk melakukan pembayaran dalam bentuk tunai atau cash. Biasanya jenis transaksi ini dapat ditemukan dalam transaksi kecil dan menggunakan alat pembayaran sah.

2. IOM,

International Organization for migration Badan Migrasi PBB – merupakan organisasi antar pemerintah yang terdepan dan berdedikasi untuk mempromosikan migrasi yang berperikemanusiaan dan teratur yang bermanfaat bagi semua.

3. *Owlexa*

Layanan *Owlexa Healthcare* meliputi layanan proses administrasi jaminan kesehatan untuk perusahaan/kelompok mulai dari proses *membership and policy*

administration, eligibility member, case monitoring, discharge sampai pada proses pembayaran tagihan klaim atas biaya pengobatan baik kepada Penyedia Pelayanan Kesehatan maupun reimbursement kepada peserta.

4. Yakes Telkom

Yakes Telkom adalah sebuah yayasan kesehatan yang didirikan oleh PT. Telkom untuk para karyawan dan pensiunan serta keluarganya. Yakes-Telkom sendiri menggunakan *Managed Care*, yaitu jenis asuransi kesehatan yang mengatur penyediaan dan pembiayaan perawatan kesehatan yang bergantung pada kendali mutu berupa pelayanan yang efisien serta memberi kepuasan pada pasien dan kendali biaya berupa keterkaitan dengan penghematan biaya pengeluaran pasien sendiri. Dengan Menggunakan sistem *Managed Care*, Yakes-Telkom termasuk pelayanan yang komprehensif karena mengandung unsur preventif, promotif, kuratif, serta rehabilitatif yang membantu pelayanan kesehatan untuk para karyawan dan pensiun Telkom. Salah satunya adalah restitusi. Dimana sebuah fasilitas pemberian atau penggantian biaya berobat baik karyawan aktif maupun pensiunan, yang prosesnya melalui unit kerja masing-masing area.

5. Yakes Pertamina,

Yakes Pertamina adalah sebuah yayasan kesehatan yang didirikan oleh PT.Pertamina untuk para karyawan dan pensiunan serta keluarganya. Yakes-pertamina sendiri menggunakan *Managed Care*, yaitu jenis asuransi kesehatan yang mengatur penyediaan dan pembiayaan perawatan kesehatan yang bergantung pada kendali mutu berupa pelayanan yang efisien serta memberi kepuasan pada pasien dan kendali biaya berupa keterkaitan dengan penghematan biaya pengeluaran

pasien sendiri. Dengan menggunakan sistem *Managed Care*, Yakes-pertamina termasuk pelayanan yang komprehensif karena mengandung unsur preventif, promotif, kuratif, serta rehabilitatif yang membantu pelayanan kesehatan untuk para karyawan dan pensiun Pertamina. Salah satunya adalah restitusi. Dimana sebuah fasilitas pemberian atau penggantian biaya berobat baik karyawan aktif maupun pensiunan, yang prosesnya melalui unit kerja masing-masing area.

6. BNI Life

BNI Life anak perusahaan dari PT Bank Negara Indonesia (Persero) yang menyediakan berbagai produk asuransi seperti asuransi kehidupan (jiwa), Kesehatan, Pendidikan, investasi, pension dan syariah.

2.4 Rekam Medis

2.4.1 Definisi Rekam Medis

Menurut Pemenkes RI No.269/MENKES/PER/III/(Tentang Rekam Medis, 2008), yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, Tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau doktergigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan Kesehatan.

2.4.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit (Pedoman Penyelenggara Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia, 2006), tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan Kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung

suatu system pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu factor yang menentukan di dalam upaya pelayanan Kesehatan di rumah sakit.

2.4.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggara Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit (Pedoman Penyelenggara Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia, 2006), kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain sebagai berikut :

- a. Aspek administrasi
- b. Aspek medis
- c. Aspek hukum
- d. Aspek keuangan
- e. Aspek penelitian
- f. Aspek Pendidikan
- g. Aspek dokumentasi

2.5 Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) klaim adalah suatu tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak memiliki atau mempunyai hak atas sesuatu . Klaim juga merupakan pernyataan tentang suatu fakta atau kebenaran sesuatu. Tujuan klaim (Ilyas, 2006) adalah untuk membayar semua klaim yang valid, mengidentifikasi kemungkinan terjadi Tindakan kecurangan, baik yang disengaja (*fraud*) maupun yang tidak disengaja (*abuse*) dalam melakukan klaim, memenuhi

peraturan pemerintah, menghindari atau mencegah tuntutan hukum, mengkoordinasikan keuntungan, melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*claim cost*). Langkah-langkah prosedur klaim, secara umum langkah-langkah prosedur klaim (Ilyas, 2006) adalah sebagai berikut:

1. Penerimaan dan perampungan klaim
2. Telaah dan verifikasi klaim
3. Penyelesaian klaim
4. Pembuatan keputusan

2.6 Pending Klaim

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun (Pedoman Pelaksanaan Program JKN, 2014) Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim tahun 2014, pending klaim terjadi apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat inap dan rawat jalan tersebut ke rumah sakit. Berkas-berkas yang dikembalikan ini merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus dilengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu berkas klaim yang pending ini, harus dikembalikan dalam kurun waktu selambat-lambatnya yaitu 6 (enam) bulan dari berkas tersebut dikembalikan oleh BPJS Kesehatan.

Apabila pihak rumah sakit tidak mengembalikan berkas ini dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, maka berkas-berkas pasien

BPJS rawat inap dan rawat jalan yang dikembalikan (pending) tersebut tidak dapat diklaim oleh pihak BPJS Kesehatan, sehingga akan berdampak sangat merugikan terhadap rumah sakit karena akan memperlambat proses pembayaran klaim. Selain itu, dengan adanya berkas klaim pending ini juga menyebabkan petugas rekam medis bekerja dua kali karena harus mengecek ulang berkas yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. (Irmawati, Marsum, 2019)

Menurut hasil penelitian (Leonard, 2016) berkas klaim yang pending disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas klaim medis dan ketidaktetapan penulisan kode diagnosis maupun kode tindakan. Menurut Persi dalam jurnal (alfiansyah et al., 2019) apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu.

Penyebab ditundanya atau dikembalikan berkas klaim juga diteliti oleh Irmawati et al (2018) di RSUD R.A Kartini Jepara terhadap berkas klaim rawat inap yang dikembalikan BPJS Kesehatan bulan Maret-April 2017 sebanyak 49 berkas diperoleh gambaran kelengkapan administrasi kepesertaan yang tidak sesuai sebanyak 35 berkas (71%) kesesuaian administrasi kepesertaan 37 berkas (76%), dan kesesuaian administrasi pelayanan 10 berkas (20%). Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnose dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai. Sedangkan pada alur pengajuan klaim belum mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP).

2.7 Ringkasan Sumber Pustaka (Jurnal)

Tabel 2. 1 Ringkasan Sumber Pustaka

No	Judul Penelitian	Karakteristik Subjek	Populasi dan Sampel	Jenis Penelitian	Hasil	Kesimpulan
1.	Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina CIPUTAT 2018 (Supriadi, 2019)	Jumlah berkas klaim JKN tertunda Rawat Inap dan Rawat Jalan tahun 2018	DPJP, pegawai koding	Penelitian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan kualitatif	Berdasarkan hasil wawancara kepada informan yaitu manajer JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat disimpulkan bahwa penyebab utama adalah kurang telitinya para pegawai yang mengurus koding dan pemberkasan dari berkas klaim yang akan diajukan namun ada beberapa hal dimana ada perbedaan persepsi antara Petugas koding dengan verifikator BPJS Kesehatan, sehingga harus naik banding dan diskusikan kembali oleh rumah sakit untuk mempertahankan klaim yang akan diajukan.	Berkas klaim tertunda yang diajukan oleh Rumah Sakit Hermina Ciputat pada bulan Juni, Juli, dan Agustus 2018 Sebanyak 224 berkas. Penyebab berkas klaim tertunda tidak lolos verifikasi dikarenakan kurang telitinya pegawai untuk mengurus koding adanya perbedaan persepsi antara petugas koding dengan verifikator BPJS
2.	Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016 (Djatiwibowo et al., 2018)	Resume medis, klaim BPJS yang tertunda	DPJP <i>case manager</i> unit penjaminan, kepala bidang pelayanan medik	Penelitian bersifat kuantitatif dan kualitatif dengan metode deskriptif analitik	Berdasarkan pengamatan yang ada bebrapa ruangan yang mengumpulkan rekam medis ke unit rekam medis begitu ada resume konvesionalnya, ini karena SOP rekam medis kembali 2x24 jam ke unit rekam medis. Terutama di ruang rawat inap kelas 3. Dengan jumlah pasien paling banyak maka <i>case manager</i> tidak bisa cepat mengerjakan semua resume medis elektronik tercecer dengan rekam medisnya. Untuk resume medis yang elektronik yang terlambat biasanya	Penelitian ini untuk mencari cari faktor faktor penyebab klaim tertunda BPJS Kesehatan RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo berdasarkan dari data dan observasi maka didapatkan ketidak sesuaian INA CBG's sebesar 4,8% disebabkan ketidaksamaan koding dan diagnose rumah sakit dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan, penyamaan persepsi tentang diagnose antara DPJP, ketiadatangan DPJP

No	Judul Penelitian	Karakteristik Subjek	Populasi dan Sampel	Jenis Penelitian	Hasil	Kesimpulan
					diserahkan kepada para perawat untuk dicarikan tanda tangan DPJP.	sebesar 90,9% dan ketidak sesuan <i>diagnose</i> dan terapi sebesar 4,3%.
3.	Tinjauan Penyebab Klaim <i>Pending</i> Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Haji Surabaya (Triatmaja et al., 2022)	Klaim bpjs yang tertunda	Petugas <i>Casemix</i> RSUD Haji Surabaya	Analisis kualitatif menggunakan unsur 5M (<i>man, material, methods, machine, money</i>)	Unsur <i>man</i> : tingkat pengetahuan petugas yang perlu ditingkatkan lagi dengan mengikuti koding khusus untuk pengklaiman BPJS. Unsur <i>material</i> : berkas klaim yang tidak lengkap. Unsur <i>methode</i> : RSUD haji surabaya belum mengatur tentang pemberian kode diagnosis sesuai dengan sistem INA-GBGs. Unsur <i>machine</i> : komputer yang digunakan untuk proses klaim BPJS terkadang membuat komputer menjadi lamban dan <i>loading</i> lama. Unsur <i>money</i> : klaim <i>pending</i> pengaruh terhadap keuangan rumah sakit menjadi terhambat.	Berdasarkan hasil penelitian petugas koding merasa kesulitan membaca tulisan dokter dan juga belum mengetahui beberapa singkatan baru istilah medis, berkas penunjang yang tidak lengkap diantaranya tidak terlampir, ketidaklengkapan berkas penunjang, tidak adanya SOP, perlunya diadakan upgrade proses dan pemeliharaan berkala terhadap komputer dan jaringan dan terpendingnya klaim menyebabkan kerugian di rumah sakit.
4.	Faktor Yang Mempengaruhi Pengembalian Administrasi Klaim Bpjs Kesehatan Ditinjau dari Syarat-Syarat Kelengkapan Administrasi Klaim	Pengembalian berkas klaim	Tim <i>casemix</i> dan unit unit terkait	Penelitian deskriptif dan data sekunder	Hasil dari DKT/FGD untuk identifikasi masalah yaitu pengembalian administrasi klaim BPJS disebabkan adanya kendala baik dari SDM, Dana dan sarana Prasarananya Regulasi berupa Surat Keputusan (SK) Direktur mengenai Tim <i>Casemix</i> belum berjalan optimal, serta belum adanya regulasi berupa Panduan prosedur pengklaiman khusus pasien BPJS Kesehatan. SDM/Tim <i>Casemix</i> belum	Beberapa akar masalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit X adalah kurangnya pemahaman petugas kesehatan di rawat jalan dan unit rawat inap dalam hal pengisian lembar resume medis pasien. Perlunya suatu prosedur yang mengatur alur dan persyaratan kelengkapan berkas administrasi klaim

No	Judul Penelitian	Karakteristik Subjek	Populasi dan Sampel	Jenis Penelitian	Hasil	Kesimpulan
	(Mustika Kurniawati, Tuty Satrijawati, 2020)				sesuai kompetensi dan belum pernah mendapatkan pelatihan-pelatihan tentang kelengkapan administrasi klaim dan pengkodean INACBGs.	BPJS, dan perlunya pelatihan pada petugas kesehatan dan tim <i>casemix</i> untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas Petugas.
5.	FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT X PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2022 (Kurnia & Mahdalena, 2022)	Klaim pending BPJS dan FKRTL	Berkas <i>pending</i> klaim rawat inap pasien sebanyak 87 berkas.	Teknik total sampling	Faktor penyebab yang mempengaruhi <i>pending</i> klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Charitas Hospital Kenten Palembang : Kelengkapan Berkas Klaim, Kelengkapan Dokumen Administrasi, Kualitas Koding, Efektivitas Teknologi	Berdasarkan dari hasil peneliti, faktor penyebab pending klaim pasien rawat inap di Rumah Sakit Charitas Hospital Kenten Palembang disebabkan karena tidak lengkapnya pengisian pada berkas klaim Oleh DPJP, kurangnya SDM dan tingkat pendidikan koder belum maksimal, Ketidaksesuaian diagnosa serta terapi disebabkan karena persamaan persepsi antara DPJP, Koder Rumah Sakit dan Verifikator BPJS, karena kurangnya sosialisasi terhadap ilmu pengetahuan yang baru.