

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. (Perpres, 2021)

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 merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medis.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Menurut UU no 44 tahun 2009, Rumah Sakit memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
2. Meberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusi di rumah sakit
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit
4. Memberikan kepastian hukum keppada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakiy, dan rumah sakit

2.1.3 Kewajiban Rumah Sakit

Undang-Undang RI No 4 tahun 2009 pada pasal 29 menyatakan beberapa kewajiban yang harus dimiliki oleh setiap rumah sakit sebagai berikut:

1. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

3. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
4. Berperan aktif dalam memberika pelayanan kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya
5. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat yang tidak mampu atau miskin. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa atau bukti sosial bagi misi kemanusiaan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis Elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis. (PERMENKES, 2022)

2.2.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Rekam medis di rumah sakit memiliki tujuan sangat penting dan mempunyai kekhususan tersendiri yaitu untuk tercapainya nilai standar rekam medis dan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan rumah sakit.

Manfaat rekam medis yaitu sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum bahan penelitian, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan. Rekam medis juag berfungsi sebagai komunikasi di antara dua orang yang bertanggung jawab terhadap kesehatan pasien untuk kebutuhan pasien saat ini dan yang akan datang.

Kegunaan rekam medis menurut Hatta (2013:14) menyebutkan bahwa rekam medis memiliki beberapa sisi yang sering disebut dengan *ALFRED* (Administration, Legal, Finacial, Research, Education and Documentation).

2.2.3 Isi Rekam Medis

Menurut (PERMENKES, 2022) tentang rekam medis menyatakan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Rekam medis yang dibuat secara lengkap dan jelas berguna bagi pasien untuk kepentingan riwayat perkembangan penyakitnya dimasa sekarang maupun dimasa yang akan datang. Isi rekam medis seorang pasien yang harus memuat yaitu:

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnesa, mencakup keluhan dan riwayat pasien
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
5. Diagnosis
6. Pengobatan dan rencana tindak lanjut pelayanan
7. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan (Dokter penanggung Jawab Pasien)

2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.3.1 Pengertian JKN

Menurut Perpres No 59 Tahun 2024, 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 kesehatan dibayar oleh pemerintah daerah. Jaminan kesehatan ini menajadi tanggung jawab pemerintah sebagai penyedia layanan publik atau pelayanan sosial kepada masyarakat. Semua masyarakat berhak menerima pelayanan kesehatan yang telah disiapkan oleh pemerintah.

2.3.2 Pengertian BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi fasilitas kesehatan yan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan berupa fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. (Menkes, 2016)

2.3.3 Fungsi dan Tugas Pokok BPJS

Fungsi BPJS adalah menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan menurut UU No. 40 tahun 2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan.

Menurut (BPJS, 2021) kesehatan sendiri mempunyai tugas diantaranya:

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta.
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan.
6. Membayar manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

2.3.4 Kebersertaan BPJS

Menurut Peraturan Presiden No 59 tahun 2014, setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program jaminan kesehatan. Ikut serta dalam program jaminan kesehatan dilaksanakan dengan cara mendaftar atau didaftarkan pada BPJS kesehatan, calon peserta berhak menentukan FKTP yang diinginkannya.

2.3.5 Peserta BPJS Kesehatan

Peserta Bpjs dibagi menjadi 2 bagian yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan untuk fakir miskin atau orang tidak mampu dan Non PBI jaminan kesehatan yang terdiri dari pekerja penerima upah dan anggota keluarganya.

Peserta PBI Jaminan Kesehatan untuk fakir miskin atau orang tidak mampu yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah sebagai jaminan kesehatan yang ditetapkan pemerintah dan diatur melalui peraturan pemerintah. Adapapun yang berhak menjadi peserta PBI yaitu yang mengalami cacat total. Berikut peserta Non PBI jaminan kesehatan:

1. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya

2. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya
3. Bukan dan anggota keluarganya

2.4 Klaim

2.4.1 Pengertian Klaim

Klaim BPJS merupakan 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. (Rizka laila Ilmi, 2023)

2.4.2 Tujuan Klaim

Tujuan klaim menurut (Ilyas, 2006) merupakan untuk membayar klaim yang valid, mengidentifikasi kemungkinan tindakan kecurangan baik yang disengaja (froud) maupun tidak disengaja (abuse) dalam melakukan klaim memenuhi peraturan pemerintah menghindari atau mencegah tuntutan hukum, mengkoordinasikan benefit, melakukan terhadap biaya klaim (claim cost).

2.4.3 Alur Klaim

1. Pihak Rumah Sakit mengajukan klaim pelayanan kesehatan secara kolektif kepada kantor Cabang/layanan Operasional Kab/Kota Pihak BPJS Kesehatan secara periodik
2. Pihak BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 hari kalender sejak klaim diajukan oleh Pihak Rumah Sakit dan diterima oleh Pihak BPJS Kesehatan
3. Dalam hal klaim yang diajukan oleh Pihak Rumah Sakit tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, Pihak BPJS mengembalikan seluruh berkas klaim kepada Pihak Rumah Sakit dan mnegeluarkan Berita Acara
4. Dalam hal Pihak BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan Berita Acara kelengkapan erkas klaim dalam waktu 10 hari kelender, berkas kalender klaim dinayatakan lengkap
5. Pengajuan Klaim Pelayanan RITL, kelengkapan khusus berkas
 - a. Lembar surat eligibilitas peserta yang ditanda tangani oleh peserta/keluarga atau cap jempol tangan peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometrik yang dikembangkan BPJS kesehatan seperti rekam sidik jari atau pengenalan wajah

- b. Resume medis atau isi rekam medis paling sedikit berisi: a. Identitas pasien; b. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang; c. Diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan; dan d. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan (Dokter Penanggung Jawab Pasien)
- c. Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi
- d. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan;
- e. Surat perintah rawat inap
- f. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan (fraud) rumah sakit
- g. Checklist klaim rumah sakit
- h. Luran sistem informasi pengajuan yang diunggah ke sistem informasi Pihak BPJS Kesehatan

6. Verifikasi

Menurut (BPJS Kes, 2023) verifikasi adalah suatu rangkaian proses pemeriksaan administratif yang dilakukan oleh Pihak BPJS Kesehatan secara berjenjang terhadap kelengkapan dokumen yang diajukan Pihak Rumah Sakit sebagai syarat dalam pembayaran Klaim. Dalam proses ini, Verifikator adalah pegawai Pihak BPJS yang diberi tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan proses verifikasi tagihan klaim biaya pelayanan yang diajukan Pihak Rumah Sakit.

- a. Pihak BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim.
- b. Pihak BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi yang dinyatakan sesuai
- c. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh Pihak BPJS Kesehatan belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada Pihak Rumah Sakit untuk mendapatkan konfirmasi, disertai berita acara pengembalian berkas klaim
- d. Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh Pihak Rumah Sakit pada pengajuan klaim bulan berikutnya

Setelah proses verifikasi, akan terbit Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) yang menyatakan klaim layak bayar dan klaim pending

1. Klaim Layak Bayar merupakan klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator Pihak BPJS Kesehatan dan memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian ini sehingga dapat dibayarkan oleh pihak BPJS Kesehatan
2. Klaim Pending merupakan klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator namun belum dapat dibayarkan oleh pihak BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi

2.5 Pending Klaim

2.5.1 Pengertian Pending Klaim

Pending klaim merupakan salah satu tipe status klaim yang melewati proses verifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan pada proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang bersifat tidak lengkap dan mengalami status tidak layak karena ketidaksesuaian data.

2.5.2 Aspek Pending Klaim

Menurut (Kemenkes, 2020), telah disepakati diagnosis dan tindakan prioritas yang terdiri dari Aspek Koding, Aspek Medis, Aspek Administratif .

1. Aspek koding merupakan proses pengkodean data medis dan data administrasi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan
2. Aspek Administratif mencakup pengelolaan dan dokumentasi yang diperlukan untuk memastikan kelancaran proses klaim
3. Aspek medis fokus pada penanganan kondisi pasien serta tindakan yang diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal