

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1. Pengertian Rumah Sakit**

Rumah sakit merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan sosial dengan misi menyediakan layanan komprehensif, perawatan medis, dan perawatan kesehatan preventif kepada masyarakat. Rumah sakit merupakan pusat pelatihan tenaga medis dan pusat penelitian medis (WHO, t.thn.). Menurut (Undang-Undang, 2009) rumah sakit adalah tempat pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan medis perorangan secara menyeluruh dan menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit adalah sarana pelayanan kesehatan, tempat diselenggarakannya segala kegiatan yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, yakni kegiatan medis, dengan tujuan tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Sudarmadji & Pratama, 2020). Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan adalah tempat di mana upaya kesehatan dan kondisi kesehatan terjadi dan kondisi kesehatan membaik. Oleh karena itu, rumah sakit diharapkan dapat memberikan layanan yang efektif dan efisien kepada pengguna pengguna sistem kesehatan. Rumah sakit adalah sistem perawatan kesehatan yang menyediakan layanan rawat inap, perawatan rawat jalan, dan ruang gawat darurat (Putri & Sonia, 2021).

##### **2.1.2. Fungsi Rumah Sakit**

Fungsi rumah sakit menurut (Undang - Undang, 2009) adalah :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan pemberian pelayanan kesehatan.

4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan teknologi di bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

#### 2.1.3. Peran Rumah Sakit Dalam Pelayanan Kesehatan

Sejak diresmikan pada tahun 2014, jumlah keanggotaan dan fasilitas kesehatan yang bekerja dengan BPJS Kesehatan telah meningkat. Data kesehatan BPJS pada akhir Desember 2021 menyatakan bahwa 235,7 juta orang Indonesia terdaftar sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sekitar 86% terdaftar sebagai peserta sehat di Badan Penerbit Jurnal (BPJ) dibandingkan dengan total populasi Indonesia. Data yang sama juga menyatakan bahwa hingga 23.608 perangkat yang direkomendasikan dari level pertama (FKRTP) dan 2810 fasilitas kesehatan rujukan canggih (FKRTL) bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. FKRTL terdiri dari rumah sakit negeri, rumah sakit swasta dan klinik utama (Tarigan & Lestari, 2022). Ini adalah kesempatan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat. Dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, rumah sakit harus memenuhi standar administrasi dan pelayanan yang sesuai dengan regulasi yang berlaku.

## 2.2 Peran Rumah Sakit Dalam Sistem Jaminan Kesehatan

Sejak berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional, penggunaan Asuransi Kesehatan Nasional (JKN) telah meningkat setiap tahun. Sekarang, hampir semua rumah sakit melayani pasien JKN. Pada tahun 2014, jumlah keanggotaan dan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meningkat. Data kesehatan BPJS pada akhir Desember 2021 menyatakan bahwa 235,7 juta orang Indonesia terdaftar sebagai peserta JKN. Sekitar 86% terdaftar sebagai peserta yang sehat di BPJ (Badan Penerbitan Jurnal) dibandingkan dengan total populasi Indonesia. Data yang sama juga menyatakan bahwa hingga 23.608 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Pertama (FKRTP) dan 2810 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) bersama-sama dengan BPJS Kesehatan. FKRTL terdiri dari rumah sakit negeri, rumah sakit swasta dan klinik utama (Tarigan, 2022).

## **2.3 Rawat Jalan**

### **2.3.1. Pengertian Rawat Jalan**

Rawat Jalan merupakan pelayanan yang diberikan kepada pasien kurang dari 24 jam yang bertujuan untuk melakukan pengamatan, diagnosa, pengobatan, pemulihan dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa melakukan rawat inap (Krismanto & Irianto, 2020). Rawat jalan adalah layanan yang diberikan kepada pasien kurang lebih dari 24 jam. Selain itu, instalasi rawat jalan adalah salah satu lokasi layanan pertama di mana pasien dan keluarga pasien diharapkan menjadi penyedia informasi yang jelas sebelum pasien menjalani layanan berikutnya yang meminta pasien rawat inap. Seringkali, layanan rawat jalan menjadi gerbang layanan kesehatan yang memengaruhi keputusan pasien untuk mempertahankan atau tidak menggunakan layanan (Imam, et al., 2022).

### **2.3.2. Jenis Pelayanan Rawat Jalan**

Pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien setelah dirujuk dari FKTP, meliputi :

1. Rawat Jalan Poliklinik Spesialis :
  - a. Poli penyakit dalam
  - b. Poli anak
  - c. Poli bedah
  - d. Poli saraf
  - e. Poli kandungan dan kebidanan
  - f. Poli mata, THT, dan lain-lain
2. Rawat Jalan Subspesialis
  - a. Poli jantung dan pembuluh darah
  - b. Poli bedah saraf
  - c. Poli ortopedi
  - d. Poli urologi
3. Rawat Jalan dengan Prosedur Medis Tertentu
  - a. Rawat Jalan Kemoterapi – Pelayanan untuk pasien kanker yang membutuhkan kemoterapi secara berkala.

- b. Rawat Jalan *Hemodialisis* (Cuci Darah) – Layanan dialisis bagi pasien dengan penyakit ginjal kronis.
  - c. Rawat Jalan Rehabilitasi Medis – Fisioterapi, terapi *okupasi*, atau terapi wicara bagi pasien dengan gangguan fungsi tubuh.
  - d. Rawat Jalan Kesehatan Jiwa – Konsultasi psikiatri dan terapi untuk pasien dengan gangguan mental.
4. Rawat Jalan Penunjang Diagnosa
- Pelayanan ini diberikan untuk mendukung diagnosis dokter, seperti:
- a. Pemeriksaan laboratorium (darah, *urine*, dll.)
  - b. Pemeriksaan radiologi (*rontgen*, CT scan, MRI)
  - c. Pemeriksaan *elektrokardiografi* (EKG)
  - d. Endoskopi

## **2.4 Sistem Pembiayaan Kesehatan Di Rumah Sakit**

### **2.4.1. Pembiayaan Umum**

Biaya yang dibebankan kepada pasien yang tidak menggunakan layanan dari pemerintah ataupun asuransi lainnya.

### **2.4.2. Pembiayaan BPJS Kesehatan**

Biaya yang dibebankan kepada pasien yang menggunakan layanan dari pemerintah berupa jaminan sosial kesehatan untuk mendapatkan layanan kesehatan.

### **2.4.3. Pembiayaan Asuransi Swasta**

Biaya yang dibebankan kepada pasien yang menggunakan layanan asuransi swasta berupa mekanisme keuangan sebagai perlindungan terhadap kejadian tidak terduga (Putri, et al., 2023).

## **2.5 Sistem Pembiayaan Kesehatan dan Klaim BPJS di Rawat Jalan**

### **2.5.1. Skema Pembiayaan BPJS Kesehatan**

Menurut (Permenkes, 2013) Jaminan kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan yang memberikan manfaat kesehatan dan perlindungan kepada peserta untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar. Hal ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran dibayarkan

pemerintah. Pemegang kartu BPJS yang telah membayar iuran akan mendapatkan penggantian biaya pengobatan dasar oleh BPJS melalui proses permohonan yang diajukan rumah sakit kepada BPJS.

Dalam pelaksanaan klaim JKN, proses manajemen klaim dilakukan dengan menggunakan sistem Indonesia *Case Based Group* (INA-CBG). Kompensasi dibayarkan berdasarkan kelompok penyakit yang diderita. Pola pembayaran melalui INA-CBG yang diselenggarakan BPJS Kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim yang diajukan fasilitas kesehatan terlebih dahulu diajukan oleh fasilitas kesehatan tersebut dan kemudian ditinjau oleh verifikator BPJS. Tujuan verifikasi ini adalah menguji ketepatan rumah sakit dalam rangka mempertanggungjawabkan penyelenggaraan mutu pelayanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan (Santiasih, et al., 2021).

#### 2.5.2. Siklus Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan

Siklus pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit mempunyai tahapan dari pasien mendapatkan pelayanan (pasien rujukan dan pasien dalam keadaan darurat) hingga rumah sakit melakukan klaim ke BPJS Kesehatan, Tahapan sebagai berikut :

1. Pasien Mendapatkan Pelayanan di Rumah Sakit
  - a. Pasien datang ke rumah sakit dengan rujukan dari Puskesmas, atau dalam kondisi gawat darurat tanpa rujukan.
  - b. Pasien menjalani pemeriksaan, rawat inap, rawat jalan, atau tindakan medis yang dibutuhkan sesuai dengan prosedur BPJS Kesehatan.
2. Rumah Sakit Mencatat dan Menyusun Dokumen Klaim
  - a. Data pelayanan pasien diinput dalam rekam medis dan sistem informasi rumah sakit (SIMRS).
  - b. Petugas administrasi rumah sakit menyiapkan dokumen klaim, seperti:
    - 1) Surat rujukan dari puskesmas
    - 2) Resume medis pasien
    - 3) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
    - 4) Bukti tindakan medis

5) Laporan biaya berdasarkan sistem *Indonesian Case-Based Groups* (INA-CBGs)

3. Pengajuan Klaim ke BPJS Kesehatan
  - a. Setelah pasien menyelesaikan perawatan, rumah sakit mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan dalam bentuk digital melalui aplikasi E-Klaim INA-CBGs.
  - b. Klaim biasanya diajukan dalam periode 1 bulan sekali agar pembayaran tidak tertunda.
4. Verifikasi Klaim oleh BPJS Kesehatan
  - a. BPJS Kesehatan melakukan seperti :
    - 1) Kelengkapan dokumen administrasi klaim
    - 2) Ketidaksiharian standar pelayanan dengan BPJS (INA-CBGs)
    - 3) Ketidaksiharian koding
  - b. Jika ada klaim yang tidak sesuai, BPJS akan meminta perbaikan atau bahkan menolak klaim tersebut (pending klaim atau klaim tidak layak).
5. Pembayaran Klaim kepada Rumah Sakit
  - a. Jika klaim telah disetujui, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim kepada rumah sakit.
  - b. Rumah sakit menerima dana sebagai pengganti biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien BPJS.

#### 2.5.3. Prosedur Klaim BPJS untuk Rawat Jalan

1. Pasien mendaftar di rumah sakit dengan kartu BPJS
2. DPJP melakukan pemeriksaan dan memberikan tindakan medis yang diperlukan pasien.
3. Rumah sakit mencatat layanan dan tindakan yang diberikan kepada pasien, lalu menginput data klaim ke sistem *e-claim* BPJS
4. BPJS Kesehatan melakukan verifikasi klaim berdasarkan tarif INA-CBG's.
5. Jika klaim sudah terverifikasi, maka biaya rumah sakit ditanggung BPJS.

## **2.6 Pending Klaim BPJS di Rawat Jalan**

### **2.6.1. Definisi Pending Klaim**

Pending klaim BPJS adalah klaim yang tertunda oleh pihak BPJS karena belum terverifikasi sesuai persyaratan BPJS. Pendingnya klaim BPJS disebabkan oleh beberapa faktor, seperti ketidaksesuaian koding, ketidaklengkapan berkas administrasi dan ketidaksesuaian standar pelayanan dengan INA-CBG's. Pending yang tidak tertagih merupakan masalah yang dapat berdampak pada rumah sakit. Hal ini menyebabkan penundaan pembiayaan untuk layanan yang diberikan oleh dokter dan staf (Nurul'Aida, 2022).

### **2.6.2. Penyebab Pending Klaim BPJS di Rawat Jalan**

#### **1. Ketidaklengkapan Berkas Administrasi**

Ketidaklengkapan berkas administrasi dapat menyebabkan pending klaim karena untuk mengklaim ke INA-CBG's harus ada berkas penunjang yang membuktikan bahwa pasien menerima tindakan dan obat yang sesuai dengan pelayanan yang diterima.

#### **2. Ketidaksesuaian Koding**

Ketidaksesuaian koding yang di input ke INA-CBG's dengan diagnosa dan keluhan pasien.

#### **3. Ketidaksesuaian Standar Pelayanan dengan INA-CBG's**

Ketidaksesuaian standar pelayanan yang diberikan kepada pasien yang tidak sesuai dengan ketentuan standar BPJS Kesehatan.