

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

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

###### **a Definisi Rumah Sakit**

Rumah Sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan individu yang melayani pasien rawat inap dan rawat jalan baik dalam jangka pendek ataupun dalam jangka panjang meliputi observasi, *diagnostic*, *terapeutik*, dan *rehabilitative* bagi penderita sakit, cedera, dan melahirkan (Menkes 2006).

Menurut Depkes RI (2009) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan individu secara paripurna meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan pelayanan gawat darurat.

Berdasarkan pengertian di atas, rumah sakit adalah sebuah fasilitas pelayanan kesehatan yang melayani seseorang secara paripurna baik dalam jangka pendek ataupun panjang, pelayanannya meliputi rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, penunjang medis serta rehabilitasi.

###### **b Hak dan Kewenangan Rumah Sakit**

Menurut Menkes 2014 hak rumah sakit sebagai berikut:

- a. Mendapatkan informasi kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran, dan proses kerjasama dengan BPJS Kesehatan
- b. Menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan peserta maksimal 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima

Kewajiban rumah sakit meliputi:

- a. Melayani peserta sesuai ketentuan yang berlaku
- b. Melaporkan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati

###### **c. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Menurut Depkes (2009) Pasal 5 rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

- 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 dalam pemberian pelayanan kesehatan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan di bidang kesehatan

Adapun tugas rumah sakit sebagai berikut:

- a. Memberi pelayanan medis,
- b. Memberi pelayanan penunjang medis,
- c. Memberi pelayanan kedokteran kehakiman,
- d. Memberi pelayanan medis khusus
- e. Memberi pelayanan rujukan kesehatan
- f. Memberi pelayanan kedokteran gigi
- g. Memberi pelayanan sosial
- h. Memberi penyuluhan kesehatan
- i. Memberi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan rawat intensif
- j. Memberikan pendidikan medis secara umum dan khusus
- k. Memberi fasilitas untuk penelitian dan pengembangan ilmu kesehatan
- l. Membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi

#### **d Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit**

Menurut Depkes 2009, dikelompokkan berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi sebagai berikut:

- a. Berdasarkan jenis pelayanannya:
  - 1) Rumah Sakit Umum, merupakan rumah sakit yang pelayanannya di semua bidang dan jenis penyakit tanpa terkecuali.

- 2) Rumah Sakit Khusus, merupakan rumah sakit yang pelayanannya di satu bidang atau jenis penyakit tertentu menurut disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.
- b. Berdasarkan Pengelolaannya:
- 1) Rumah Sakit Publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah dimana pengelolaannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
  - 2) Rumah Sakit Publik yang dikelola oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah dimana tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit Privat.
  - 3) Rumah Sakit Privat dikelola oleh Badan Hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Menurut Depkes 2009 Rumah Sakit Umum dan Khusus dapat diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanannya yaitu:

- a. Rumah Sakit Umum
- 1) Rumah Sakit Umum Kelas A, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik minimal 4 spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain dan 13 sub spesialis.
  - 2) Rumah Sakit Umum Kelas B, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik minimal 4 spesialis dasar, 4 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lain dan 2 sub spesialis dasar
  - 3) Rumah Sakit Umum Kelas C, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik minimal 4 spesialis dasar dan 4 spesialis penunjang medik
  - 4) Rumah Sakit Umum Kelas D, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik minimal 2 spesialis dasar
- b. Rumah Sakit Khusus
- 1) Rumah Sakit Kelas A, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik minimal pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap
  - 2) Rumah Sakit Kelas B, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik minimal pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas

- 3 Rumah Sakit Kelas C, merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik minimal pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal

## **2. Rekam Medis**

### **a Definisi Rekam Medis**

Rekam Medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah dilakukan kepada pasien (Permenkes RI No. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis).

Berdasarkan Hooman (2002), rekam medis adalah tempat menyimpan catatan mengenai siapa, apa, kapan, dimana, dan bagaimana perawatan pada pasien dilakukan.

### **b Aspek Rekam Medis**

Rekam Medis memiliki tujuh aspek yaitu:

- 1) Aspek Administrasi, artinya isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga kesehatan
- 2) Aspek Medis, artinya rekam medis memiliki nilai medis yang dapat dipakai dasar merencanakan pengobatan dan perawatan yang akan diberikan
- 3) Aspek Hukum, artinya rekam medis memiliki nilai hukum karena menyangkut jaminan kepastian hukum sebagai bukti untuk menegakkan keadilan
- 4) Aspek Keuangan, artinya rekam medis menjadi bahan untuk pembayaran biaya pelayanan kesehatan pasien.
- 5) Aspek Penelitian, artinya rekam medis memiliki nilai penelitian karena informasi di dalamnya dapat digunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan
- 6) Aspek Pendidikan, artinya rekam medis memiliki nilai pendidikan yang menyangkut data informasi tentang perkembangan kronologi pelayanan medik yang dapat dipelajari
- 7) Aspek Dokumentasi, artinya rekam medis memiliki nilai dokumentasi dimana harus didokumentasikan sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan

### **c Manfaat Rekam Medis**

- 1) Pengobatan pasien, artinya rekam medis bermanfaat sebagai acuan untuk menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan, dan tindakan medis kepada pasien
- 2) Peningkatan Kualitas Pelayanan artinya dengan lengkapnya berkas rekam medis maka meningkatnya kualitas pelayanan tenaga medis kepada masyarakat yang optimal
- 3) Pendidikan dan Penelitian, artinya rekam medis bermanfaat untuk bahan perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi
- 4) Pembiayaan, artinya rekam medis tersebut dapat digunakan sebagai bukti pembiayaan kepada pasien
- 5) Statistik Kesehatan, artinya rekam medis digunakan untuk bahan statistik mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan menentukan jumlah penderita penyakit-penyakit tertentu
- 6) Pembuktian Masalah Hukum, disiplin, dan etik, artinya rekam medis digunakan sebagai alat bukti tertulis utama dalam masalah hukum, disiplin, dan etik

**d Kompetensi Perekam Medis**

Berikut 7 kompetensi perekam medis menurut Permenkes No.377 tahun 2007 tentang Kompetensi Perekam Medis:

- 1) Klasifikasi dan Kodifikasi Penyakit, Masalah-masalah yang berkaitan dengan Kesehatan dan Tindakan Medis, artinya perekam medis mampu menetapkan kode diagnosis dan tindakan medis pelayanan kesehatan
- 2) Aspek Hukum dan Etika Profesi, artinya Perekam Medis mampu melayani pasien sesuai peraturan perundang-undangan dan etika profesi yang berlaku
- 3) Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, artinya Perekam Medis mampu mengelola informasi rekam medis sebagai bahan pengambilan keputusan dibidang kesehatan
- 4) Menjaga Mutu Rekam Medis, artinya Perekam Medis mampu mengelola, merencanakan, mengevaluasi, dan menilai mutu rekam medis

- 5) Statistic Kesehatan, artinya Perekam Medis mampu menggunakan statistic kesehatan untuk menghasilkan informasi dan perkiraan sebagai dasar perencanaan dalam pengambilan keputusan dibidang pelayanan kesehatan
- 6) Manajemen Unit Rekam Medis, artinya Perekam Medis mampu mengelola sumber daya yang tersedia di unit kerja rekam medis untuk meningkatkan kualitas pengetahuan dan teknologi dibidang informasi kesehatan
- 7) Kemitraan Profesi, artinya Perekam Medis mampu bekerjasama antar sama atau berbeda profesi terkait memberikan pelayanan kesehatan

### **3. Kodifikasi**

#### **a Definisi Kodifikasi**

Menurut Hatta (2012) Kodifikasi adalah prosedur pemberian kode menggunakan huruf dan angka, yang mencakup pengkodean diagnosis dan tindakan medis. Kodifikasi merupakan salah satu dari tujuh kompetensi perekam medis yang harus dikuasai, kegiatan kodifikasi adalah mengkode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi keduanya untuk menentukan kode diagnosis serta tindakan yang dilakukan. Pemberian kode ini bertujuan untuk mengklasifikasikan penyakit dan tindakan berdasarkan kriteria tertentu yang telah disepakati yaitu ICD 10 versi 2010 dan ICD 9 CM. Hal terpenting yang harus diperhatikan perekam medis yaitu ketepatannya dalam memberikan kode, dengan tepatnya kode tersebut maka akan menghasilkan data yang akurat dan berkualitas. Sehingga mempermudah proses pengklaiman pada BPJS Kesehatan.

#### **b Definisi Keakuratan**

Keakuratan berasal dari kata akurat atau akurasi, menurut Suharno (2003) akurat merupakan faktor yang diperlukan seseorang untuk mencapai target yang diinginkan. Lalu, menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia akurat berarti teliti, tepat benar dan keakuratan berhubungan dengan ketelitian. Jadi dapat disimpulkan keakuratan kodifikasi merupakan ketepatan dan kesesuaian kode baik diagnosis maupun tindakan yang dilakukan oleh petugas koding berdasarkan ketentuan yang berlaku yaitu ICD 10 versi 2010 dan ICD 9 CM

#### **c Definisi ICD**

ICD merupakan kependekan dari International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, yang mana berisi klasifikasi diagnosis penyakit dan tindakan sesuai standar internasional yang disusun berdasarkan kategorinya menurut standar yang telah disepakati oleh ahli internasional. Untuk ICD sendiri dibagi menjadi 2 yaitu ICD 10 versi 2010 untuk mengkode diagnosis penyakit dan ICD 9 CM untuk mengkode tindakan medis.

**d Fungsi ICD**

Menurut Gemala Hatta, fungsi ICD adalah sebagai berikut:

- a. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Sebagai masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis
- c. Sebagai bahan dasar klasifikasi DRG'S (Diagnosis Related Groups) untuk sistem penagihan biaya pelayanan yang telah diberikan
- d. Sebagai pelaporan Nasional dan Internasional morbiditas dan mortalitas

**e Struktur ICD 10 versi 2010**

Menurut Gemala Hatta di dalam Buku ICD 10versi 2010 terdiri dari 3 volume, yaitu:

- a. Volume 1, pada ICD 10 versi 2010 volume 1 ini berisi:
  - 1) Pusat - pusat kerjasama WHO untuk mengklasifikasikan penyakit
  - 2) Laporan konferensi Internasional yang menyetujui revisi ICD 10
  - 3) Daftar kategori 3 karakter
  - 4) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori 4 karakter
  - 5) Daftar morfologi neoplasma
  - 6) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
  - 7) Definisi - definisi
  - 8) Regulasi – regulasi nomenklatur
- b. Volume 2, pada ICD 10 versi 2010 volume 2 ini berisi petunjuk penggunaan ICD 10 yaitu:
  - 1) Penjelasan ICD (International Classification of Disease and Health Problems)
  - 2) Cara penggunaan ICD 10 versi 2010
  - 3) Aturan dan petunjuk pengkodean morbiditas dan mortalitas
  - 4) Presentasi statistik

- 5) Sejarah Perkembangan ICD
- c. Volume 3, pada ICD 10 versi 2010 volume 3 ini biasa disebut dengan Alfabetik Indeks dimana berisi:
- 1) Susunan indeks secara umum
  - 2) Untuk section 1 berisi indeks abjad penyakit dan cedera
  - 3) Untuk section 2 berisi penyebab luar cedera
  - 4) Untuk section 3 berisi tabel obat dan zat kimia
  - 5) Juga ada revisi terhadap volume 1

**Tabel 2. 1 Rincian Bab Kategori pada ICD 10 versi 2010**

<b>BAB</b>	<b>KODE ALFABET</b>	<b>ICD</b>
I	A00 – B99	Penyakit Parastik Dan infeksi Tertentu
	C00 – C99	Neoplasma ganas
II	D00 – D48	Neoplasma in situ dan jinak
III	D50-D89	Penyakit Darah Dan Organ Pembentuk Darah
IV	E00-E90	Penyakit Endokrin, Nutrisi Dan Metabolik
V	F00-F99	Penyakit Mental Dan Perilaku
VI	G00-G99	Penyakit Sistem syaraf
VII	H00-H59	Penyakit Mata Dan Organ Mata
VIII	H60-H95	Penyakit Telinga Dan Prosesus Mastoid
IX	I00-I99	Penyakit Sistem Sirkulasi
X	J00-J99	Penyakit Sistem Sirkulasi
XI	K00-K93	Penyakit Sistem Digestif
XII	L00-L99	Penyakit Kulit Dan Jaringan Subkutan
XIII	M00-M99	Penyakit Otot-Kerangka Tulang Dan Jaringan Ikat



XIV	N00-N99	Penyakit Sistem Genitourinaria
XV	O00-O99	Kehamilan, Kelahiran Dan Masa Nifas
XVI	P00-P96	Kelainan Tertentu Yang Bermula Dari Masa Perinatal
XVII	Q00-Q99	Kelainan Kongenital, Deformasi dan Kelainan kromosom
XVIII	R00-R99	Tanda, Gejala, Dan Hasil Pemeriksaan Klinik Dan Laboratorium
		Yang Tidak Diklasifikasikan Ditempat Lain
XIX	S00-T98	Cedera Dan Keracunan
XX	V01-Y98	Sebab-sebab Luar Mortalitas Dan Morbiditas
XXI	Z00-Z99	Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Dan Kontak dengan Pelayanan Kesehatan

#### f Struktur ICD 9 CM

##### a. Klasifikasi Tindakan (Classification of Procedure)

Pada klasifikasi tindakan biasa disebut dengan tabular ICD 9 CM berisi daftar numerik yang dikelompokkan berdasarkan etiologi, sistem anatomi, penyebab lain, dan penyebab cedera.

##### b. Indeks Tindakan (Index to Procedure)

Pada indeks tindakan ini berisi indeks alphabet yang berguna untuk mencari kode tindakan medis pada ICD 9 CM ini.

**Tabel 2. 2 Tabular List ICD 9CM**

<b>BAB</b>	<b>KODE</b>	<b>ICD</b>
0	00	Prosedur dan intervensi, tidak diklasifikasikan di tempat lain
1	01 - 05	Operasi pada sistem saraf
2	06 - 07	Operasi pada sistem endokrin
3	08 - 16	Operasi pada mata
4	18 - 20	Operasi pada telinga
5	21 - 29	Operasi pada hidung, mulut, dan faring
6	30 - 34	Operasi pada sistem pernafasan
7	35 - 39	Operasi pada sistem kardiovaskular
8	40 - 41	Operasi pada system hemic dan limfatik
9	42 - 54	Operasi pada sistem pencernaan
10	55 - 59	Operasi pada sistem perkemihan
11	60 - 64	Operasi pada organ kelamin pria
12	65 - 71	Operasi pada organ kelamin wanita
13	72 -75	Prosedur Kebidanan
14	76 - 84	Operasi pada sistem muskuloskeletal
15	85 - 86	Operasi pada sistem integument
16	87 - 99	Beberapa prosedur diagnostic dan teraupetik

#### **4. BPJS Kesehatan**

##### **a Definisi BPJS Kesehatan**

BPJS merupakan kependekan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang bertujuan untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS sendiri terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

##### **b Visi dan Misi BPJS Kesehatan**

###### 1) Visi BPJS Kesehatan

Diharapkan seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional sehingga dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam mencukupi kebutuhan dasar kesehatannya yang diadakan oleh BPJS Kesehatan handal, unggul, dan terpercaya

###### 2) Misi BPJS Kesehatan

- a) Membangun kemitraan strategis dengan lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam mensosialisasikan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- b) Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan
- c) Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan, dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program
- d) Membangun BPJS kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip – prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja yang unggul

#### **5. Klaim**

##### **a Definisi Klaim**

Klaim merupakan tagihan atas biaya pelayanan kesehatan bagi peserta asuransi kesehatan yang diajukan baik secara perorangan maupun secara kolektif oleh Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK). Menurut Ilyas (2006), klaim adalah

permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan agar haknya terpenuhi.

#### **b Jenis Klaim**

Secara keseluruhan pengajuan klaim yang masuk ke BPJS Kesehatan dapat dibagi dalam 2 (dua) kategori (BPJS Kesehatan, 2016) yaitu:

##### 1) Klaim Kolektif

Klaim kolektif adalah klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan (faskes) atas biaya pelayanan seluruh peserta yang telah dilayani ataupun pembayaran yang bersifat prospektif dalam periode tertentu (satu bulan). Biaya pelayanan pelayanan yang dilakukan secara kolektif adalah:

- a) Klaim pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
- b) Klaim persalinan di faskes tingkat pertama dan bidan
- c) Klaim pelayanan tingkat lanjutan, baik rawat jalan maupun rawat inap
- d) Klaim gawat darurat
- e) Klaim ambulan
- f) Klaim Coordination of Benefit (COB) dari asuransi tambahan atau penjamin pelayanan kesehatan lainnya.
- g) Klaim atas biaya pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan di daerah belum tersedia faskes yang memenuhi syarat.

##### 2) Klaim Perorangan

Klaim perorangan adalah klaim yang diajukan oleh peserta secara perorangan untuk pelayanan tertentu yang telah dibayarkan terlebih dahulu oleh peserta tersebut. Biaya pelayanan yang dapat diklaim secara perorangan adalah biaya kompensasi untuk pelayanan kesehatan bagi peserta di daerah belum tersedia faskes yang memenuhi syarat.

#### **c Ketentuan Umum Klaim di BPJS Kesehatan**

Berdasarkan ketentuan BPJS Kesehatan (2016), adapun ketentuan umum klaim di BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Faskes mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.

- 2) BPJS Kesehatan wajib membayar faskes atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.
- 3) BPJS Kesehatan wajib membayar ganti rugi kepada fasilitas kesehatan sebesar 1% dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 bulan keterlambatan.
- 4) Seluruh berkas dokumen penagihan klaim dan pertanggungjawaban dana disimpan oleh rumah sakit dan BPJS Kesehatan dan sewaktu-waktu dapat diaudit oleh yang berwenang. Apabila berkas dikembalikan oleh BPJS Kesehatan karena berkas tidak lengkap dan ketidaksesuaian kaidah coding maka akan terjadi penundaan pembayaran klaim atau penurunan tarif bagi rumah sakit.
- 5) Kadaluarsa klaim

#### **d Proses Klaim pada BPJS Kesehatan**

Berdasarkan Petunjuk teknis Verifikasi Klaim dan Panduan Praktis Teknis BPJS Kesehatan tahun 2014, proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

##### 1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Pada proses ini berkas klaim diantaranya Surat Eligibilitas Peserta (SEP) beserta berkas pendukung lainnya di input sesuai dengan data kepesertaannya kemudian diidentifikasi oleh verifikator

##### 2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Pada proses ini dilakukan beberapa tahap yaitu:

- a) Mengoreksi berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan apakah sudah sesuai atau belum
- b) Mengembalikan berkas apabila terjadi ketidaksesuaian dan keabsahan berkas
- c) Menyesuaikan apakah tindakan operasi ditentukan oleh petugas medis yang berwenang berdasarkan peraturan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit

##### 3) Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Pada proses ini kesesuaian tagihan terhadap kode ICD 10 versi 2010 dan ICD 9 CM wajib dipastikan oleh verifikator. Ketentuan yang harus diperhatikan antara lain

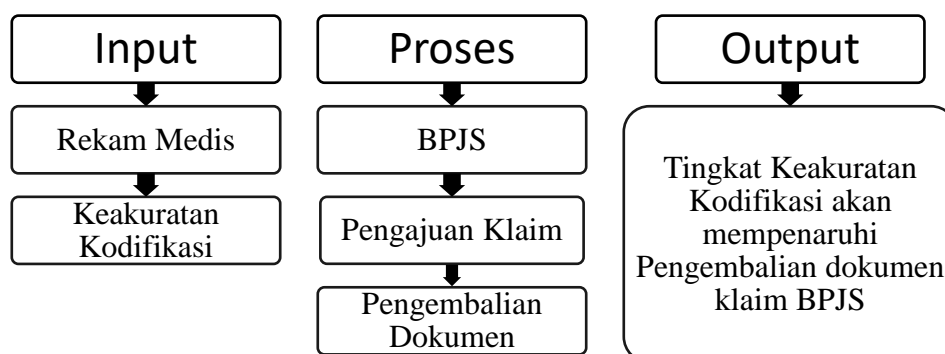
- a) Satu rangkaian konsultasi antara pasien dan dokter disertai pemeriksaan penunjang dan pemberian obat dilakukan dihari yang sama disebut satu episode rawat jalan. Namun, jika tidak dapat dilakukan dihari yang sama, tidak dapat disebut episode baru
  - b) Yang termasuk dalam pelayanan rawat jalan antara lain: pelayanan IGD, pelayanan ODC (One Day Care), dan pelayanan bedah sehari
  - c) Satu rangkaian perawatan lebih dari 6(enam) jam di rumah sakit disebut episode rawat inap. Jika pasien telah mendapatkan pelayanan rawat inap, berupabangsar, ruang rawat inap, atau ruang perawatan intensif kurang dari 6(enam) jam maka pasien tersebut disebut pasien rawat inap
  - d) Pasien dari tindak lanjut rawat jalan, atau gawat darurat dinyatakan masuk rawat inap maka dihitung dalam satu episode rawat inap dan pelayanan sebelumnya sudah termasuk dalam satu episode rawat inap
  - e) Diwajibkan melihat bukti-bukti pendukungnya jika termasuk kasus special contohnya CMG's
  - f) Kode ia hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multiple digunakan untuk kode bayi baru lahir
  - g) Ketika pasien kontrol ulang dan diagnosis sama maka kode untuk diagnosis utamanya ada pada alphabet Z dan diagnosis sekunder untuk kondisi penyakitnya
  - h) Ketika ada dua diagnosis yang saling berhubungan maka cukup menggunakan satu kode dalam ICD 10 versi 2010
  - i) Dilakukan kode terpisah ketika ada kode yang diharuskan menjadi satu
- 4) Verifikasi menggunakan Software INA CBG's
- Pada proses ini dilakukan antara lain:
- a) Data penerbitan SEP meliputi nomor SEP, nomor kartu peserta, dan tanggal SEP divalidasi apakah sesuai dengan output data penagihan oleh Rumah Sakit di aplikasi INA CBG's atau biasa disebut tahap Purifikasi Data

- b) Memverifikasi administrasi dengan mencocokkan lembar kerja tagihan dan bukti pendukung, serta hasil entry data dari Rumah Sakit
  - c) Melakukan pengecekan status klaim layak, tidak layak, dan pending berdasarkan administrasi
  - d) Memverifikasi kode INA CBG's yang berpotensi salah, tidak sesuai, serta pemeriksaan bebas terhadap double klaim RITL ataupun RJTL
  - e) Finalisasi klaim
  - f) Mengecek status klaim yang pending
  - g) Mencetak Formulir Persetujuan Klaim (FPK) dan lampiran klaim sebagai pelayanan umpan balik
  - h) Mengirim berkas klaim
- e Proses Pengembalian Klaim**

Pengembalian klaim merupakan proses identifikasi oleh verifikator mengenai kesesuaian dan keabsahan administrasi pelayanan yang telah dilakukan oleh Rumah Sakit akan tetapi satu atau beberapa syaratnya tidak terpenuhi, sehingga permintaan tersebut tidak bisa diproses atau dengan kata lain dikembalikan. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan pengajuan klaim dikembalikan antara lain:

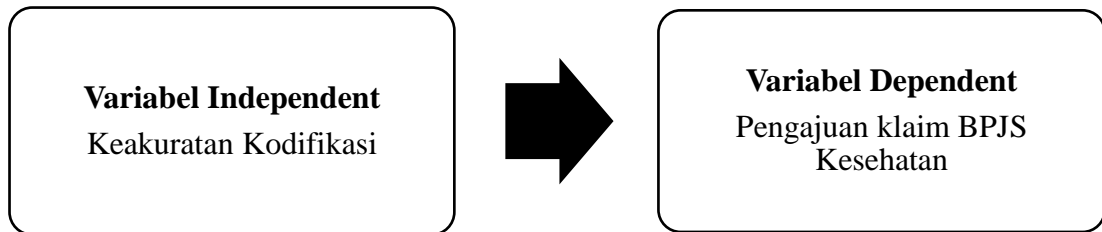
- 1) Ketidaklengkapan administrasi klaim BPJS
- 2) Ketidakeakuratan kodifikasi dengan diagnosis tegak dokter dan tindakannya

## B. Kerangka Berpikir



**Gambar 2. 1**Kerangka Berpikir

### C. Kerangka Konsep



**Gambar 2. 2 Kerangka Konsep**

### D. Hipotesis

1. H0

Tidak ada hubungan antara keakuratan kodifikasi dengan pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang

2. H1

Ada hubungan antara keakuratan kodifikasi dengan pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang