

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Rumah Sakit

A. Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi kesehatan untuk masyarakat umum dengan karakteristik unik yang dikembangkan sebagai respons terhadap pertumbuhan ilmu pengetahuan mengenai kesehatan, kemajuan teknologi, dan perkembangan sosial dan ekonomi yang harus terus berkembang agar masyarakat dapat meningkatkan jumlah pelayanan yang diterimanya guna menjamin derajat kesehatan masyarakat (Presiden RI, 2009).

Menurut WHO (Organisasi Kesehatan Dunia), rumah sakit adalah komponen penting dari setiap organisasi sosial dan kesehatan, berfungsi sebagai sumber akses komunitas untuk perawatan komprehensif, deteksi dini, dan pencegahan penyakit. Menurut Muninjaya, Rumah Sakit adalah komponen sistem pelayanan kesehatan masyarakat yang harus memenuhi *criteria availability, appropriateness, continuity sustainability, acceptability, affordable, dan quality*.

Jenis pelayanan yang disediakan dalam rumah sakit adalah pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan atau pelatihan medik dan para medik,

B. Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya (Pemerintah RI, 2009).

Jenis rumah sakit berdasarkan pelayanannya ditetapkan berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang, dan sumber daya manusia oleh pemerintah.

- a. Rumah sakit umum memberikan pelayanan pada semua jenis penyakit.
- b. Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu jenis penyakit tertentu. Pada organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat

- a. Rumah sakit publik dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit yang dikelola oleh Pemerintah/ Perda diselenggarakan berdasarkan pengelolaan BLU/BLUD sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan tidak bisa dialihkan menjadi rumah sakit privat.
- b. Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk PT/ Persero.

Klasifikasi rumah sakit berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit. Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi 4 kelas, yaitu A,

B, C, dan, D. Sedangkan pada rumah sakit khusus diklasifikasikan menjadi 3 kelas, yaitu kelas A, B, dan C.

C. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut (Pemerintah RI, 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. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

D. Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit

Berdasarkan (Permenkes RI, 2022) penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit meliputi :

1. Registrasi Pasien, merupakan kegiatan pendaftaran berupa pengisian data identitas dan data sosial Pasien rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap.

2. Pendistribusian data Rekam Medis Elektronik, merupakan kegiatan pengiriman data Rekam Medis Elektronik dari satu unit pelayanan ke unit pelayanan lain di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
3. Pengisian informasi klinis, berupa kegiatan pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan kesehatan lain yang telah dan akan diberikan kepada Pasien.
4. Pengolahan informasi Rekam Medis Elektronik, pengolahan informasi rekam medis terdiri dari pengkodean, pelaporan, dan penganalisan.
5. Penginputan data untuk klaim pembiayaan, merupakan kegiatan penginputan kode klasifikasi penyakit pada aplikasi pembiayaan berdasarkan hasil diagnosis dan tindakan yang ditulis oleh Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan Rekam Medis, dalam rangka pengajuan penagihan biaya pelayanan.
6. Penyimpanan Rekam Medis Elektronik, merupakan kegiatan penyimpanan data Rekam Medis pada media penyimpanan berbasis digital pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
7. Penjaminan mutu Rekam Medis Elektronik, merupakan audit mutu Rekam Medis Elektronik yang dilakukan berkala oleh tim reвью Rekam Medis yang dibentuk oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan dilakukan sesuai dengan pedoman Rekam Medis Elektronik.

8. Transfer isi Rekam Medis Elektronik, merupakan kegiatan pengiriman Rekam Medis dalam rangka rujukan pelayanan kesehatan perorangan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan penerima rujukan.

2.1.2 Rekam Medis

A. Pengertian Rekam Medis

Setiap sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

Menurut UU Praktik Kedokteran Pasal 46 ayat (1), yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

B. Manfaat dan Aspek Rekam Medis

Berdasarkan aspek rekam medis, rekam medis bermanfaat untuk :

1. Pengobatan pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan

pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

2. Peningkatan kualitas pelayanan

Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Pendidikan dan penelitian Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

4. Pembiayaan

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

5. Statistik kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit – penyakit tertentu.

6. Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

C. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis sebagai berikut(Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022) :

- a. Pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum.
- b. Penegakan etik atau disiplin.
- c. Audit medis.
- d. Penanganan kejadian luar biasa/wabah penyakit menular/kedaruratan kesehatan masyarakat/dan bencana.
- e. Pendidikan dan penelitian.
- f. Upaya perlindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat .

D. Tugas Perekam Medis

Perekam medis memiliki beberapa tanggung jawab yang sangat penting dalam mengelola DRM. Penyimpanan rekam medis, pencatatan, pengolahan data, pengambilan kembali DRM, pengawasan, dan pengendalian DRM semuanya termasuk dalam proses pengelolaan rekam medis. Berikut penjelasan mengenai masing-masingkegiatan dalam pengelolaan rekam medis (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022) :

1. Registrasi Pasien

Kegiatan mendaftarkan pasien dengan memasukkan data identitas dan sosial pasien baik rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat.

2. Distribusi Rekam Medis

Distribusi rekam medis merupakan kegiatan pengiriman DRM dari satu unit ke unit pelayanan lain di Fasyankes.

3. Pengkodean

Pengkodean merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru/*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*.

4. Pelaporan

Pelaporan yang dilakukan terdapat pelaporan internal dan pelaporan eksternal. Pelaporan internal ditujukan kepada direktur maupun unit lain untuk kepentingan rumah sakit. Sedangkan pelaporan eksternal ditujukan untuk pihak luar misalnya untuk Dinas Kesehatan.

5. Penyimpanan

Penyimpanan rekam medis adalah kegiatan penyimpanan data rekam medis pada media penyimpanan pada Fasyankes. Penyimpanan DRM harus menjamin keamanan, keutuhan, dan kerahasiaan.

6. Penjaminan Mutu

Penjaminan Mutu dilakukan secara internal oleh fasyankes, yaitu audit mutu yang dilakukan secara berkala oleh tim revidi rekam medis yang dibentuk oleh pimpinan fasyankes dan dilakukan sesuai dengan pedoman.

2.1.3 Diagnosis

Diagnosis adalah klasifikasi seseorang berdasarkan suatu penyakit yang dideritanya atau satu abnormalitas yang diidapnya (A. Mayang, Irmawati, G. Elise, 2017).

Diagnosis dibedakan menjadi diagnosis utama dan diagnosis sekunder. Diagnosis utama adalah suatu kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya. Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan (Hatta, 2013).

2.1.4 The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision (ICD-10)

A. Struktur & Isi ICD-10

ICD-10 terdiri atas 3 volume: volume 1 berisikan klasifikasi utama; volume 2 merupakan pedoman bagi para pengguna ICD; dan volume 3 adalah indeks alfabetik bagi klasifikasi (Organization, 2010).

1. ICD-10 Volume 1

Volume 1 memuat klasifikasi utama, terdiri dari kategori tiga-karakter dan daftar tabulasi dari “inclusions” dan subkategori empat karakter. Klasifikasi “dasar” – daftar dari kategori tiga-karakter merupakan tingkat mandatory untuk pelaporan kepada basis data kematian WHO (WHO mortality database) dan untuk komparasi internasional.

Volume 1 juga berisi :

- a. Morfologi neoplasma. Klasifikasi dari morfologi neoplasma ini dapat digunakan, bila perlu, sebagai kode tambahan untuk mengklasifikasi tipe morfologis neoplasma.
- b. Daftar tabulasi khusus (special tabulation lists).

Daftar 1 dan 2 adalah untuk mortalitas umum, sedangkan daftar 3 dan 4 adalah untuk mortalitas bayi dan anak (usia 0-4 tahun). Terdapat pula daftar tabulasi khusus untuk morbiditas, yakni di halaman 1205-1231 Volume 1.

- c. Definisi-Definisi dari volume 1 yang telah diadopsi oleh The World Health Assembly dan disertakan untuk memfasilitasi komparabilitas data internasional.
- d. Regulasi nomenklatur (nomenclature regulations). Regulasi yang diadopsi oleh The World Health Assembly menetapkan tanggung jawab formal dari negara-negara anggota WHO mengenai klasifikasi penyakit dan sebab kematian, serta kompilasi dan publikasi statistik.

2. ICD-10 Volume 2

Volume 2 ini berisi pedoman untuk mencatat dan mengode, bersama banyak material baru pada aspek praktis penggunaan klasifikasi, di samping sebagai garis besar latar belakang sejarah klasifikasi. Manual petunjuk ini menyediakan uraian dasar ICD, bersama dengan petunjuk praktis untuk pengode mortalitas dan morbiditas, dan pedoman untuk presentasi dan interpretasi data.

3. ICD-10 Volume 3

Volume 3 berisikan indeks alfabetik dari ICD-10. Berikut susunan indeks alfabetik dalam volume 3 :

- a. Bagian I berisikan semua terminologi yang terklasifikasi dalam Bab I-XIX dan Bab XXI, kecuali obat-obatan dan zat kimia lain
- b. Bagian II merupakan indeks dari sebab luar morbiditas dan mortalitas; berisikan semua terminologi yang terklasifikasi dalam Bab XX, kecuali obat-obatan dan zat kimia lain. Indeks ini berisikan “lead-term” yang diletakkan di bagian kiri, disertai kata-kata lain (“modifiers” atau “qualifiers”) pada berbagai tingkatan indentasi di bawah lead term. Modifiers yang tidak mempengaruhi kode muncul dalam kurung parentheses di belakang kondisi.
- c. Bagian III, Tabel obat-obatan dan zat kimia lain, berisikan masing-masing substansi yang digunakan dalam koding

keracunan dan efek samping obat yang ada dalam Bab XIX dan kode dalam Bab XX yang menunjukkan apakah keracunan tersebut tidak sengaja dilakukan, sengaja (menyakiti diri-sendiri), tak ditentukan atau merupakan efek samping dari substansi yang telah diberikan secara benar.

4. Konvensi Tanda Baca

- a. Inclusion Terms. Berupa pernyataan diagnostik yang terklasifikasi, bisa berupa kondisi yang berbeda.
- b. Exclusion Terms. Kondisi yang diperkirakan diklasifikasikan pada kondisi tersebut ternyata diklasifikasikan di bagian yang lain.
- c. Parentheses/tanda baca kurung (). Digunakan untuk mengurung kata-kata tambahan yang mungkin mengikuti suatu istilah diagnostik tanpa mempengaruhi nomor kode dari kata-kata yang diluar tanda kurung, mengurung kode dari 'exclusion terms', untuk mengurung kode 3-karakter yang termasuk kategori blok tersebut, untuk mengurung kode dalam kategori asterisk atau kode asterisk yang mengikuti istilah dari kode dagger.
- d. Square Bracketts [] . Digunakan untuk mengurung sinonim, kata-kata alternatif/pengganti, atau frasa-frasa penjelasan, merujuk pada catatan sebelumnya, mengacu pada subdivisi

4-karakter kategori yang telah dinyatakan sebelumnya, yang biasa digunakan untuk sejumlah kategori.

- e. Colon: . Digunakan dalam daftar inclusion atau exclusion terms bilamana suatu kata yang mendahuluinya belum lengkap pada rubrik tersebut. Kata tersebut memerlukan satu/lebih kata sifat (*modifying / qualifying*) yang menerangkan sesuatu sebelum ditentukan nomor kode yang sesuai.
- f. Brace . Digunakan dalam daftar inclusion dan exclusion terms untuk menunjukkan bahwa baik kata-kata yang mendahului maupun sesudahnya bukanlah kata yang lengkap. Kata- kata yang mendahuluinya harus dijelaskan dengan satu/lebih kata-kata sesudahnya.
- g. NOS. “*Not Otherwise Specified*” yang berarti ‘unspecified’ atau ‘unqualified’.
- h. NEC. “*Not Elsewhere Classified*” yang digunakan dalam 3-karakter kategoriberfungsi sebagai ‘peringatan’ bahwa varian spesifik tertentu dari kondisi tersebut berada di bagian lain dari klasifikasi. Sehingga, bila perlu, terminologi yang lebih tepat harus dicari dulu dalam indeks.
- i. And. Berarti “and” atau “or” yang berarti atau. berbeda dengan istilah “with”. Yang bermakna “dengan”. Maka jikaterdapat kata with berarti kategori tersebut hanya dapat

digunakan jika kedua kondisi tersebut didapatkan secara bersamaan.

- j. Point Dash .- . Kode seperti ini muncul dalam Indeks Alfabetik di Volume 3. Kode ini menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari pada kategori yang sesuai.
- k. Cross-references . Tanda baca ini terdapat pada indeks alfabetik di volume 3. digunakan untuk menghindari duplikasi yang tidak perlu dari terminologi dalam indeks. Kata- kata “see” mengharuskan koder untuk merujuk pada terminologi lain yang ditunjukkan tadi; “see also” mengarahkan koder untuk merujuk ke bagian lain dalam indeks bilamana pernyataan yang di-kode juga berisikan informasi yang terdapat dalam kondisi di bagian lain yang harus dirujuk.

B. Fungsi ICD

ICD digunakan sebagai pedoman dalam melakukan kodefikasi. Fungsi ICD-10, dalam penerapan pengkodean ICD digunakan untuk (Kasim, 2008)

:

1. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan disarana pelayanan kesehatan.
2. Masukan/ input bagi sistem pelaporan diagnosis medis.

3. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan.
4. Bahan dasar dalam pengelompokan CBG (diagnostic-related groups) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan.
5. Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas.
6. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis.
7. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman.
8. Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan

2.1.5 Kodefikasi

Koding klinis atau koding medis adalah suatu kegiatan yang mentransformasikan diagnosis penyakit, prosedur medis dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi suatu bentuk kode, baik numerik atau alfanumerik, untuk memudahkan penyimpanan, retrieval dan analisis data (A. Mayang, Irmawati, G. Elise, 2017).

A. Fungsi dan Tujuan Kodefikasi

Tujuan pengkodean diagnosis menurut WHO (World Health Organization) sebagai menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Menurut Hatta (2008), standar etik pengkodean seorang coder profesional yang dikembangkan AHIMA, sebagai berikut :

1. Akurat, lengkap dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas .
2. Pengkode harus mengikuti sistem klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih pengkodean diagnosis dan tindakan yang tepat.
3. Pengkodean harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumentasi dokter dalam rekam medis pasien.
4. Pengkodean profesional harus berkonsultasi dengan dokter untuk klarifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosis dan tindakan.
5. Pengkodean profesional harus sebagai anggota dari tim kesehatan, harus membantu dan mensosialisasikan kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
6. Perekam medis harus mampu berkolaborasi, berkoordinasi dengan tenaga medis lainnya untuk penegakan kodefikasi penyakit dan kodefikasi tindakan yang tepat,akurat.
7. Pengkode profesional harus mengembangkan kebijakan pengkodean di institusinya.
8. Pengkode profesional harus secara rutim meningkatkan kemampuannya dibidang pengkodean.
9. Pengkode profesional senantiasa berusaha memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran

B. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding

Keakuratan kodefikasi adalah ketepatan dalam penulisan kode berdasarkan ICD-10. Keakuratan kodefikasi merupakan tanggung jawab

seorang koder. Koding yang akurat akan menghasilkan informasi yang akurat dan berkualitas. Keakuratan koding dipengaruhi oleh faktor – faktor sebagai berikut(A. Mayang, irmawati, G. Elise, 2017) :

a. Tenaga Medis dan petugas koding

Pengkodingan sangat bergantung pada kelengkapan diagnosis yang ditentukan oleh dokter sebagai penegak diagnosis yang nantinya akan dikode oleh petugas kode. Petugas koding bertanggung jawab atas keakuratan kode diagnosis yang telah ditetapkan oleh petugas medis.

b. Kelengkapan DRM

Kelengkapan DRM sangat mempengaruhi keakuratan kode diagnosis yang dilakukan oleh petugas koding. Sebelum melakukan kodefikasi petugas koding diharuskan mengecek data rekam medis pasien, hasil pemeriksaan pasien, tindakan/ pelayanan, serta laporan – laporan penting lainnya untuk menemukan apabila terjadi kesalahan pada pencatatan.

c. Sarana

Sarana koding yang dibutuhkan dalam melakukan kodefikasi adalah ICD-10 dengan tahun revisi yang telah disepakati dan kamus kedokteran untuk mengartikan bahasa terminology medis yang sulit dimengerti.

d. Kebijakan

Dalam melakukan pengkodingan petugas koding harus melakukan koding sesuai dengan SOP yang ada. Prosedur pengkodingan dalam SOP tersebut juga sangat mempengaruhi keakuratan kodefikasi diagnosis penyakit.

C. Tata Cara Pengkodingan

Prosedur pengkodingan yang dilakukan dengan menggunakan ICD-10

(A. Mayang, Irmawati, G. Elise, 2017):

1. Menentukan jenis pernyataan yang akan dikode dan rujuk ke section yang sesuai pada indeks alphabet .
2. Menentukan 'lead term'. Untuk penyakit dan cedera ini biasanya berupa sebuah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi yang berupa kata sifat atau eponim (nama orang) bisa juga terdapat disini.
3. Membaca dan ikuti petunjuk semua catatan yang terdapat di bawah 'lead term'
4. Membaca semua term yang dikurung oleh parentheses setelah 'lead term' (modifier ini tidak mempengaruhi nomor kode), disamping semua istilah yang ber-indentasi di bawah 'lead term' (modifier ini bisa mempengaruhi nomor kode), sampai semua kata di dalam diagnosis telah diperhatikan
5. Mengikuti dengan hati-hati setiap rujukan silang 'see' dan 'see also' di dalam indeks

6. Rujuk daftar tabulasi (Volume I) untuk memastikan nomor kode yang dipilih. Perhatikan bahwa sebuah kode tiga karakter di dalam indeks dengan dash (-) pada posisi ke-4 berarti bahwa sebuah karakter ke empat terdapat pada Volume 1. Subdivisi lebih lanjut yang digunakan pada posisi karakter tambahan tidak diindeks, kalau ini digunakan, ia harus dicari pada volume 1.
7. Ikuti petunjuk setiap inklusi dan eksklusi di bawah kode yang dipilih atau di bawah judul bab, blok, atau kategori.
8. Tentukan kode.

2.1.6 Klaim BPJS

A. Pengertian Klaim

Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan (Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018).

B. Verifikasi

Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan pemberi pelayanan yang ditunjuk oleh pelaksana verifikasi dengan mengacu kepada standar penilaian klaim. Tujuan dilaksanakan verifikasi adalah diperolehnya hasil pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin yang menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu. Verifikasi program jaminan kesehatan masyarakat (Depkes, RI 2011)

:

- a. Verifikasi administrasi kepesertaan; kartu peserta, nomor surat keabsahan peserta dan surat rujukan.
- b. Administrasi pelayanan; diagnosis penyakit, tindakan medis, bukti pelayanan, tanda tangan dokter, tanda tangan komite medis untuk severity level 3.
- c. Administrasi keuangan; bukti pembayaran tarif tindakan dan form paket INA-CBG.

C. Hal – Hal yang Menyebabkan Pengembalian Klaim

Klaim BPJS akan dikembalikan apabila tidak memenuhi persyaratan saat dilakukan verifikasi. Hal yang menyebabkan pengembalian klaim BPJS adalah sebagai berikut :

- a. Kekurangan kelengkapan berkas klaim
- b. Ketidak sesuaian data pasien
- c. Ketidak sesuaian pengkodean yang dilakukan oleh koder antara diagnosis dan kode penyakit
- d. Ketidak sesuaian kode diagnosis dan kode pada INA-CBGs
- e. Tidak terdapat bukti pelayanan

Klaim yang dikembalikan oleh verifikator disertai dengan berita acara pengembalian klaim beserta alasannya. Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali pada pengajuan klaim bulan berikutnya(Peraturan BPJS Kesehatan, 2018).

D. INA-CBG

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pembayaran pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menggunakan sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs).

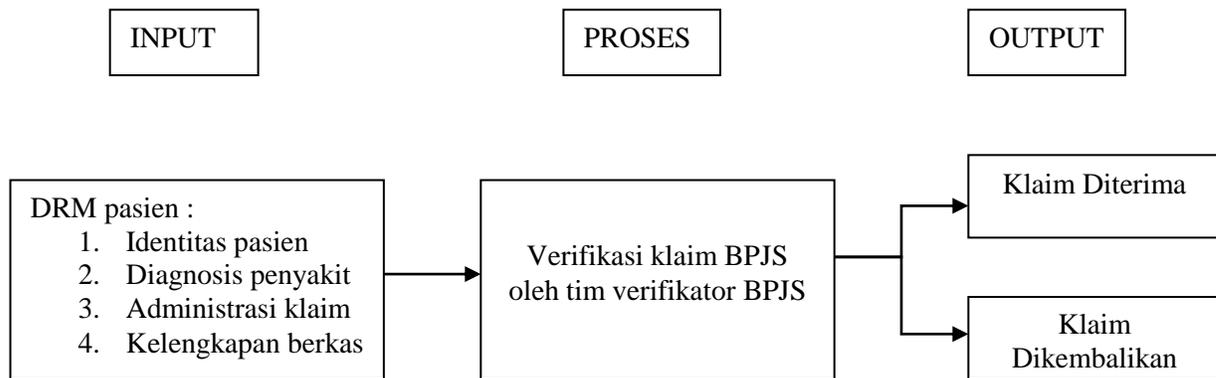
Indonesian Case Base Group (INA-CBG) adalah CBG yang dikaitkan dengan tarif yang dihitung berdasarkan data costing di Indonesia dan tetapi dijalankan dengan menggunakan *United Nation University Grouper* (UNU-GROUPER)(Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG, 2014). UNU adalah institusi dibawah PBB dengan prioritas membantu negara-negara berkembang untuk mencapai *Millenium Development Goals* (MDGs).

Diagnosis pasien saat keluar dari rumah sakit merupakan dasar dalam menentukan biaya perawatan. Diagnosis tersebut kemudian diberikan kode sesuai dengan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (ICD-10).

Proses penentuan kode INA-CBG beserta tarifnya dimulai pada saat pasien keluar dari rumah sakit, data yang harus dimasukkan dalam software INA-CBG adalah data variabel yang dapat diambil dari resume medik dan data sosial pasien, kedua data tersebut dapat dikumpulkan secara manual maupun komputerisasi dari sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) bagi rumah sakit yang telah mempunyai SIMRS. Setelah data

variabel tersebut dimasukkan ke dalam software INA-CBG kemudian dilakukan grouping sehingga menghasilkan kode INA-CBG beserta tarif per pasien. (Kementrian Kesehatan RI, 2014)

2.2 KERANGKA KONSEP



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep