

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Definisi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Pemerintah RI nomor 47 tahun 2021 Pasal 1 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 adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran, serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat, dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan (Wolper, 2010).

b. Jenis-Jenis Rumah Sakit

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, dijelaskan bahwa rumah sakit dibedakan menjadi dua, yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit.

c. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021, tugas dan fungsi rumah sakit tercantum dalam kewajiban rumah sakit pasal 3 yaitu:

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

3. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanan;
4. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanan;
5. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
6. Melaksanakan fungsi sosial dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
7. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
8. Menyelenggarakan rekam medis;
9. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
10. Melaksanakan sistem rujukan;
11. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
12. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
13. Menghormati dan melindungi hak pasien;
14. Melaksanakan etika rumah sakit;
15. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
16. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
17. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
18. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
19. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan

20. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

2.1.2 Rekam Medis

a. Definisi Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan nomor 24 tahun 2022).

Menurut Gemala Hatta (2017) Rekam Medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberika pelayanan kesehatan kepada pasien.

b. Tujuan Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 tahun 2022, tujuan rekam medis adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
2. Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis
3. Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis
4. Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi

c. Aspek dan Kegunaan Rekam Medis

Aspek kegunaan rekam medis yang dikenal ALFRED yaitu :

1. Aspek administrasi

Menyangkut tindakan dan tanggungjawab tenaga medis dalam memberikan pelayanan.

2. Aspek hukum

Rekam medis mempunyai nilai hukum dan bisa membantu baik pasien maupun instansi pelayanan jika terjadi sesuatu yang penanganannya memerlukan proses hukum atas dasar keadilan.

3. Aspek keuangan

Rekam medis mempunyai nilai keuangan dalam artian dokumen rekam medis merupakan dokumen yang dapat digunakan untuk menetapkan suatu biaya pelayanan yang diterima oleh pasien.

4. Aspek penelitian

Dalam rekam medis, isinya merupakan data dan informasi yang bisa digunakan dalam penelitian atau pengembangan penelitian.

5. Aspek Pendidikan

Dalam dokumen rekam medis, data dan informasi yang update dapat digunakan sebagai bahan pengajaran.

6. Aspek dokumentasi

Dalam rekam medis, mengandung data atau informasi yang berfungsi sebagai ingara atau laporan yang nantinya dapat dipertanggung jawabkan oleh pihak instansi pelayanan kesehatan

Adapun kegunaan dari rekam medis yaitu :

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang diberikan kepada seorang pasien
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung atau di rawat di rumah sakit
4. Sebagai bahan untuk analisa data, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya
6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan
7. sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien

8. Menjadi sumber ingatan yang didokumentasikan serta sebagai bahan dan laporan

2.1.3 Koding

a. Definisi Koding

Menurut buku Manajemen Informasi Kesehatan II tahun 2017, koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan, tindakan serta diagnosis yang ada dalam berkas rekam medis harus diberi kode kemudian di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset dibidang kesehatan.

Koding merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru atau International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 24 tahun 2022 Pasal 18).

Sehingga dapat disimpulkan bahwasannya koding adalah kegiatan pemberian kode diagnosis baik diagnosis utama maupun diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (*Internasional Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*) dan pemberian kode tindakan sesuai dengan ICD-9CM (*Internasional Classification of Disease Revision 9 Clinical Modification*).

b. Tujuan Koding

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (Depkes RI, 2006: 60).

c. Faktor yang mempengaruhi koding

Kecepatan dan ketepatan koding dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksanaan yang menangani rekam medis tersebut yaitu:

1. Tenaga medis dalam menetapkan diagnosis.

2. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode.
3. Tenaga kesehatan lainnya (Depkes RI, 2006: 60)
(Depkes RI. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Depkes RI.)

2.1.4 Sistem Klasifikasi ICD-10 dan ICD-9CM

a. Definisi ICD-10

Menurut Gemalla hatta (2008), sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur yang sejenis. International Statistical Clasification of Disease and Related Health Problems (ICD) dari WHO adalah sistem klasifikasi yang komperehensif dan diakui secara internasional.

b. Struktur ICD-10

Sruktur ICD 10 (International Statistical Clasification of Disease and Related Health Problems) revisi sepuluh, menurut hatta (2013), yaitu:

1. ICD-10 Volume 1,

ICD-10 volume 1, terdiri dari:

- a) Pengantar pernyataan
- b) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
- c) Laporan konferensi internasional yang menyetujui ICD revisi 10
- d) Daftar kategori 3 karakter
- e) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk subkategori empat karakter
- f) Daftar morfologi noeplasma dan daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
- g) Definisi-definisi dan regulasi nomenokular

2. ICD-10 Volume 2

ICD-10 volume 2 adalah buku petunjuk penggunaan, berisi:

- a) Pengantar dan cara penggunaan ICD-10
- b) Penjelasan tentang International Statistical Clasification of Disease and Related Health Problems

3. Volume 3

ICD-10 volume 3, terdiri atas:

- a) Pengantar
- b) Susunan indeks secara umum
- c) Seksi I : Indeks abjad penyakit
Seksi II : Penyebab luar cidera
Seksi III : Tabel obat dan zat kimia
- 4) Perbaikan terhadap volume 1

c. Definisi ICD-9CM

Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification (ICD-9CM) digunakan untuk pengkodean tindakan atau prosedur yang berisi kode prosedur bedah atau operasi serta pengobatan non operasi seperti CT Scan, MRI, dan USG. Dalam ICD-9CM terdiri dari 16 bab berisi daftar kode yang tersusun dalam tabel dan index Alfabetis. Prosedur bedah operasi dikelompokkan pada bagian 01-86 dan Prosedur bukan bedah serta non operasi dibatasi pada bagian 87-99. Struktur klasifikasi berdasarkan anatomi dengan kode berupa numerik.

d. Penggunaan ICD-9CM

Langkah-langkah koding ICD 9CM (*Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification*) adalah sebagai berikut :

1. Identifikasi tipe pernyataan prosedur atau tindakan yang akan dikode dan lihat di buku ICD-9CM Alphabetical Index
2. Tentukan leadterm untuk prosedur atau tindakan
3. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci
4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan identasi dibawah leadterm (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum
5. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“see” dan “see also”) yang ditemukan dalam index
6. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada TabularList

7. Baca setiap inclusion atau exclusion dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau di bawah blok atau dibawah judul kategori
8. Tentukan kode (Permenkes RI, 2014:29)

2.1.5 Konvensi dan Tanda Baca

Classification Of Diseases And Related Health Problems 10 (ICD 10) antara lain sebagai berikut :

a. *Inclusion Term*

Pernyataan diagnostik yang diklasifikasikan atau yang termasuk dalam suatu kelompok kode ICD. Dapat dipakai untuk kondisi yang berbeda atau sinonimnya.

b. *Exclusion Term*

Kondisi yang seolah terklasifikasi dalam kategori tertentu, namun ternyata diklasifikasikan pada kategori kode lain. Kode yang benar adalah yang diberi tanda dalam kurung yang mengikuti istilahnya.

c. Tanda kurung / *Parentheses* ()

- 1) Untuk mengurung kata tambahan (*supplementary words*) yang mengikuti suatu istilah diagnostik, tanpa mempengaruhi kode ICD.
- 2) Untuk mengurung kode ICD, suatu istilah yang dikelompokkan tidak termasuk atau diluar kelompok ini (*Exclusion*).
- 3) Pada judul blok, digunakan untuk mengurungkode ICD yang berjumlah 3 karakter.
- 4) Mengurung kode ICD klasifikasi ganda (*dual classification*) dagger and asterik.

d. Kurung besar/*Square brackets* []

Digunakan untuk mengurung persamaan kata atau sinonim kata sebutan alternatif (*alternative words*) dan frasa penjelasan (*explanatory phrases*).

e. Tanda baca kurung tutup/ *Brace* { }

Tanda baca kurung tutup "}" digunakan untuk mengelompokkan istilah-istilah yang terkelompok dalam sebutan *inclusion* (termasuk) atau *exclusion* (tidak termasuk). Tanda kurung "{" ini mempunyai makna bahwa semua kelompok sebutan yang mendahuluinya belum lengkap

batasan pengertiannya, masih harus ditambah dengan keterangan yang ada di belakang tanda baca kurung “)” ini.

f. Titik dua/*Colon* (:)

Tanda baca (:) *colon* mengikuti kata sebutan dari suatu rubrik, mempunyai makna bahwa penulisan sebutan istilah diagnosis terkait belum lengkap atau belum selesai ditulis. Suatu sebutan diagnosis yang diikuti tanda baca (:) ini masih memerlukan satu atau lebih dari satu tambahan kata atau keterangan yang akan memodifikasi atau mengkualifikasi sebutan yang akan diberi nomor kode, agar istilah diagnosisnya sesuai dengan apa yang dimaksud oleh dokter dalam batasan pengertian rubrik terkait (sesuai dengan standard diagnostic dan terapi yang disepakati).

g. NOS (*Not Otherwise Specified*)

NOS adalah singkatan dari *Not Otherwise Specified* atau *Unspecified*. Adanya “NOS” mengharuskan pengkode (coder) membaca lebih teliti lagi agar tidak melakukan salah pilih nomor kode yang diperlukan.

h. NEC (*Not Elsewhere Classified*)

Apabila singkatan “NEC” ini adalah singkatan dari *Not Elsewhere Classified* mengikuti judul kategori 3 karakter merupakan satu peringatan bahwa di dalam daftar urut yang tertera di bawah judul, akan ditemukan beberapa kekhususan yang tidak sama dengan yang muncul di bagian lain dari klasifikasi

i. *And & Point Dash* (-.)

Pada beberapa nomor kode berkarakter ke 4 dari suatu subkategori diberi tanda *dash* (-) setelah tanda *point* (.). Ini bisa ditemukan di volume 1 maupun 3 nomor kode diakhiri dengan tanda “.-“ (titik garis) ini berarti penulisan nomor kode belum lengkap, mempunyai makna bahwa apabila nomor terkait akan dipilih, maka coder harus mengisi garis dengan suatu angka yang harus ditemukan/ditelusuri lebih lanjut di volume 1. Menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari.

j. *Dagger* (†) & *Asterik* (*)

Tanda *dagger* (sangkur) merupakan kode yang digunakan untuk penanda kode utama sebab sakit. Sedangkan tanda *asterik* (bintang) merupakan kode yang digunakan untuk manifestasi dari diagnosisnya (wujud atau bentuknya).

k. Rujuk silang (*see, see also*)

Rujuk silang dijalankan apabila ada perintah di dalam kurung () : *see, see also*, yang bermakna istilah yang perlu rujuk silang.

2.1.6 Aturan Reseleksi Diagnosis

Aturan reseleksi diagnosis Rule MB 1 sampai dengan Rule MB 5 adalah sebagai berikut :

a. Rule MB 1

Kondisi minor direkam sebagai “diagnosis utama” (*main condition*), kondisi yang lebih bermakna direkam sebagai “diagnosis sekunder” (*other condition*). Diagnosis utama adalah kondisi yang relevan bagi perawatan yang terjadi, dan jenis spesialis yang mengasuh, pilih kondisi yang relevan sebagai “diagnosis utama”.

b. Rule MB 2

Beberapa kondisi yang dicatat sebagai diagnosis utama. Jika beberapa kondisi yang tidak dapat dikode bersama dicatat sebagai diagnosis utama dan informasi dari rekam medis menunjukkan salah satu dari diagnosis tersebut sebagai diagnosis utama maka pilih diagnosis tersebut sebagai diagnosis utama. Jika tidak ada informasi lain, pilih kondisi yang disebutkan pertama.

c. Rule MB 3

Kondisi yang direkam sebagai diagnosis utama menggambarkan suatu gejala yang timbul akibat suatu kondisi yang ditangani. Suatu gejala yang diklasifikasikan dalam Bab XVIII (R.-), atau suatu masalah yang dapat diklasifikasikan dalam bab XXI (Z) dicatat sebagai kondisi utama, sedangkan informasi di rekam medis, terekam kondisi lain yang lebih menggambarkan diagnosis pasien dan kepada kondisi ini terapi diberikan maka reseleksi kondisi tersebut sebagai diagnosis utama.

d. Rule MB 4 (*Spesifisitas*)

Bila diagnosis yang terekam sebagai diagnosis utama adalah istilah yang umum dan ada istilah lain yang memberi informasi lebih tepat tentang topografi atau sifat dasar suatu kondisi, maka reseleksi kondisi terakhir sebagai diagnosis utama

e. Rule MB 5 (*Alternatif diagnosis utama*)

Apabila suatu gejala atau tanda dicatat sebagai kondisi utama yang karena satu dan lain hal gejala tersebut dipilih sebagai kondisi utama. Bila ada 2 atau lebih dari 2 kondisi direkam sebagai pilihan diagnostik sebagai kondisi utama, pilih yang pertama disebut.

2.1.7 Keakuratan Koding

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10 maupun ICD-9CM. Kode dianggap tepat dan akurat apabila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi. Terincinya kode diagnosis penyakit dan masalah terkait kesehatan dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam menetapkan suatu kode. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan dalam menetapkan kode adalah:

- a. Kesalahan dalam membaca diagnosis yang terdapat dalam berkas rekam medis dikarenakan rekam medis tidak lengkap
- b. Kesalahan dalam menentukan diagnosis utama yang dilakukan oleh dokter
- c. Kesalahan dalam menentukan kode diagnosis ataupun kode tindakan
- d. Kode diagnosis dan tindakan tidak valid atau tidak sesuai dengan isi dalam berkas rekam medis
- e. Kesalahan dalam menuliskan kembali atau memasukkan kode dalam computer

Kualitas pengodean dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor baik sumber daya manusia yakni koder, kelengkapan pencatatan rekam medis dan sarana prasarana pendukung lainnya. Peran tenaga medis sangat besar dalam membantu koder memberikan koding yang tepat dan akurat. Karena dengan pencatatan yang baik akan memudahkan menemukan diagnosa utama,

diagnosa sekunder dan tindakan yang diberikan kepada pasien. Berikut adalah 3 komponen keakuratan guna menetapkan kualitas pengkodean :

1. Reliability

Hasil yang sama akan diperoleh apabila dilakukan beberapa kali usaha. Misalnya beberapa petugas pengodean dengan rekam medis yang sama akan menghasilkan hasil pengodean yang sama pula.

2. Validity

Hasil pengodean yang mencerminkan keadaan pasien dan prosedur yang diterima pasien.

3. Completeness

Sebuah rekam medis belum bisa dikatakan telah dikode apabila hasil pengodean mencerminkan semua diagnosis dan prosedur yang diterima pasien.

2.1.8 Sistem Pembiayaan Kesehatan

a. Pengertian Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dan alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam upaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan perorangan, kelompok dan masyarakat. Dalam sistem kesehatan nasional, pembiayaan kesehatan adalah penataan sumber daya keuangan yang mengatur penggalan, pengalokasian dan membelanjakan biaya kesehatan dengan prinsip efisiensi, efektif, ekonomis, adil, transparan akuntabel dan berkelanjutan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

b. Tujuan Pembiayaan Kesehatan

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk membuat dana yang tersedia, serta untuk mengatur hak insentif keuangan untuk penyedia, untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses ke kesehatan masyarakat yang efektif dan perawatan kesehatan pribadi (WHO, 2008).

Menurut UU. No 36 Tahun 2009 pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan dimanfaatkan secara

berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya

c. Fungsi Pembiayaan Kesehatan

Menurut WHO (2008) pembiayaan kesehatan memiliki fungsi dasar sebagai pengumpul pendapatan, perhimpun penghasilan dan pembelian barang-barang dan jasa.

2.1.9 Jaminan Kesehatan

a. Definisi Jaminan Kesehatan

Jaminan Kesehatan Nasional 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 atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

b. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

c. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri dari 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis dan manfaat non-medis. Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulan. Manfaat akomodasi untuk layanan rawat inap sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan, dengan kondisi tertentu sesuai rekomendasi dokter

d. Prinsip-Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu:

- 1) Dana amanat dan nirlaba dengan manfaat untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- 2) Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional.
- 3) Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- 4) Efisien, transparan dan akuntabel

2.1.10 BPJS Kesehatan

a. Definisi BPJS Kesehatan

Menurut Peraturan Presiden RI nomor 82 tahun 2018 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang disingkat dengan BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan guna menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

b. Visi dan Misi BPJS Kesehatan

1. Visi

“Menjadi badan penyelenggara yang dinamis, akuntabel, dan terpercaya untuk mewujudkan jaminan kesehatan yang berkualitas, berkelanjutan, berkeadilan, dan inklusif”

2. Misi

- a) Meningkatkan kualitas layanan kepada peserta melalui layanan terintegrasi berbasis teknologi informasi.
- b) Menjaga keberlanjutan Program JKN-KIS dengan menyeimbangkan antara dana jaminan sosial dan biaya manfaat yang terkendali.
- c) Memberikan jaminan kesehatan yang berkeadilan dan inklusif mencakup seluruh penduduk Indonesia.
- d) Memperkuat *engagement* dengan meningkatkan sinergi dan kolaborasi pemangku kepentingan dalam mengimplementasikan program JKN-KIS.

e) Meningkatkan kapabilitas badan dalam menyelenggarakan Program JKN-KIS secara efisien dan efektif yang akuntabel, berkehati-hatian dengan prinsip tata kelola yang baik, SDM yang produktif, mendorong transformasi digital serta inovasi yang berkelanjutan.

c. Tugas dan Fungsi BPJS Kesehatan

Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, fungsi dan tugas BPJS Kesehatan sebagai berikut:

1. Fungsi BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional bahwa Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

2. Tugas BPJS Kesehatan

- a) Melakukan dan menerima pendaftaran peserta
- b) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- c) Menerima bantuan iuran dari pemerintah
- d) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta
- e) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- f) Membayarkan manfaat dan membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
- g) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat

2.1.11 Klaim BPJS Kesehatan

a. Pengertian Klaim BPJS Kesehatan

Dalam Peraturan PMK No. 19 Tahun 2019 menyebutkan bahwasanya klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

atau BPJS Kesehatan. Sedangkan, pengklaiman adalah proses, cara, perbuatan mengklaim (Kamus Besar Bahasa Indonesia).

b. Jenis Klaim BPJS Kesehatan

Jenis klaim, BPJS Kesehatan dibagi menjadi 2 yakni klaim kolektif dan klaim perorangan (BPJS Kesehatan, 2016). Adapun penjelasan dari masing-masing klaim adalah sebagai berikut:

1. Klaim Kolektif

Klaim kolektif adalah klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan atas biaya pelayanan seluruh peserta yang telah dilayani ataupun pembayaran yang bersifat *prospektif* dalam periode tertentu.

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 Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan ketentuan BPJS Kesehatan tahun 2016, ketentuan klaim BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan.
2. BPJS Kesehatan wajib membayar kepada fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di kantor cabang atau kantor operasional kabupaten atau 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 di simpan oleh rumah sakit dan BPJS Kesehatan dan sewaktu-

waktu dapat diaudit oleh yang berwenang. Apabila berkas dikembalikan oleh pihak 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. Verifikasi Administrasi Klaim BPJS

Berdasarkan buku Panduan Praktis Teknis BPJS Kesehatan tahun 2014, verifikasi administrasi klaim BPJS adalah sebagai berikut:

1. Berkas klaim yang akan diverifikasi meliputi:

a) Rawat Jalan

- 1) Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP)
- 2) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- 3) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
- 4) Resep alat kesehatan
- 5) Tanda terima alat kesehatan
- 6) Berkas pendukung lain yang diperlukan

b) Rawat Inap

- 1) Surat perintah rawat inap
- 2) Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP)
- 3) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
- 4) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta di tanda-tangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- 5) Laporan operasi
- 6) Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian) obat khusus
- 7) Resep alat kesehatan
- 8) Tanda terima alat kesehatan
- 9) Berkas pendukung lain yang diperlukan

2. Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu:

a) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim antara Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP) dengan data yang di input dalam aplikasi *INA CBGs* dengan berkas pendukung lainnya.

b) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam deteksi dini administrasi pelayanan adalah :

- 1) Untuk kode *INA CBGs severity level III* pastikan ada pengesahan dari Komite Medik
- 2) Kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa
- 3) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator

e. Verifikasi Menggunakan *Software* Verifikasi *INA CBGs*

1. Purifikasi data

Purifikasi berfungsi untuk memvalidasi output data *INA-CBG* yang ditagihkan rumah sakit terhadap data penerbitan SEP. Purifikasi data yang terdiri dari:

- a) No SEP
- b) Nomor Kartu

2. Melakukan proses verifikasi administrasi

Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit.

3. Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending.

4. Finalisasi klaim

5. Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending

6. Umpan balik pelayanan

7. Kirim file

2.1.12 Pending Klaim BPJS Kesehatan

Proses pengajuan klaim pembayaran kesehatan kepada BPJS Kesehatan tidak selamanya berjalan dengan lancar, terkadang juga dapat

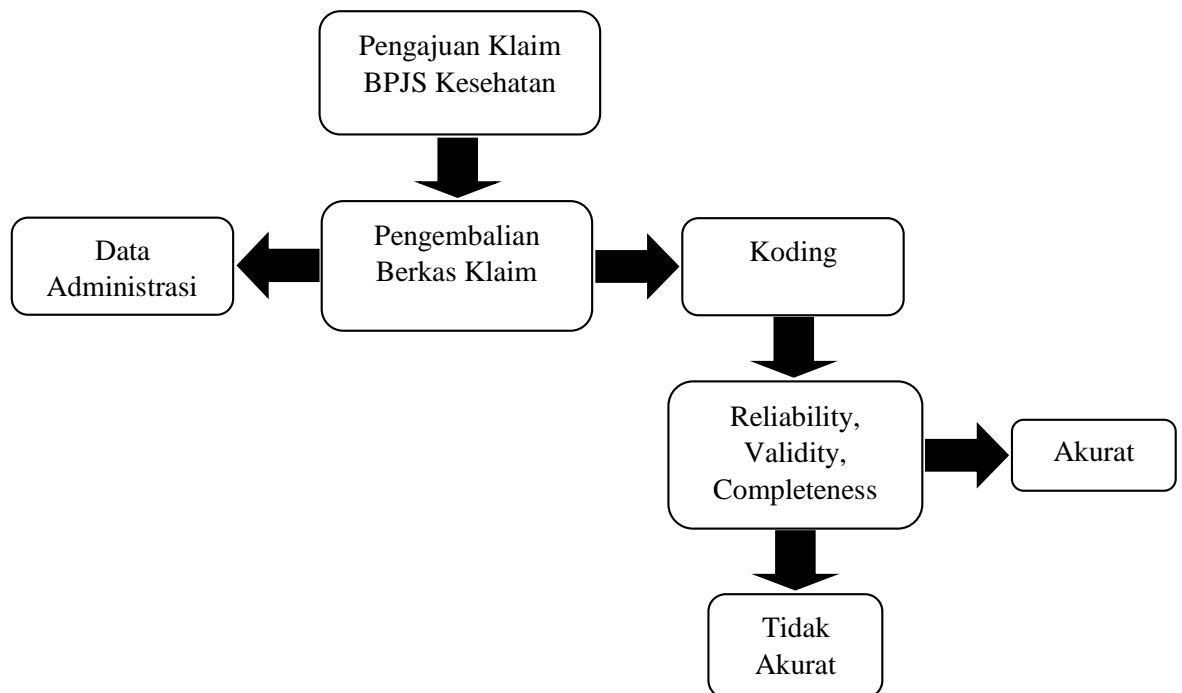
terjadi pending klaim. Pending klaim atau pengembalian klaim merupakan suatu proses identifikasi oleh verifikator mengenai kesesuaian dan keabsahan administrasi pelayanan yang telah dilakukan oleh rumah sakit akan tetapi ada satu atau beberapa syaratnya yang tidak terpenuhi, sehingga permintaan tersebut tidak bisa diproses dan dikembalikan.

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dikembalikan antara lain:

- a. Ketidaklengkapan administrasi klaim BPJS
- b. Ketidakeakuratan kodifikasi dengan diagnosis tegak dokter dan tindakannya

2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya atau antarvariabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoadmodjo, 2018). Berikut ini adalah kerangka konsep dari penelitian ini:



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep