

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Rumah Sakit**

Menurut WHO (World Health Organization), definisi rumah sakit adalah integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan secara paripurna (Komprehensif), penyembuhan penyakit (Kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat peneliti medik. Berdasarkan Permenkes No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit, Rumah Sakit merupakan sebuah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes, 2021)

Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang berupaya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat serta memiliki peran yang sangat penting dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan yang dilakukan dalam bentuk pencegahan penyakit (preventif), peningkatan kesehatan (promotif), pengobatan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang akan dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan.

Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan

Kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Untuk menjalankan fungsi tersebut, rumah sakit mempunyai fungsi :

- 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 pemeliharaan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberuan pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Pemerintah Indonesia, 2009)

Menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan :

- a. Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang terdiri dari pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta pelayanan nonmedik.
- b. Rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya. Pelayanan rumah sakit khusus terdiri dari rumah sakit ibu dan anak, mata, gigi dan mulut, ginjal, jiwa, infeksi, telinga-hidung-tenggorokan kepala leher, paru, ketergantungan obat, bedah, otak, orthopedi, kanker, serta jantung dan pembuluh darah (Permenkes RI, 2020)

Rumah sakit harus mempunyai kemampuan pelayanan sekurang-kurangnya pelayanan medik umum, gawat darurat,

pelayanan keperawatan, rawat jalan, rawat inap, operasi/bedah, pelayanan medik spesialis dasar, penunjang medik, farmasi, gizi, sterilisasi, rekam medik, pelayanan administrasi dan manajemen, penyuluhan kesehatan masyarakat, pemulasaran jenazah, laundry, ambulance, pemeliharaan sarana rumah sakit, serta pengolahan limbah. Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi Rumah sakit Umum Kelas A, B, C, dan D. Sedangkan klasifikasi Rumah sakit Khusus terdiri atas Rumah Sakit Khusus kelas A, B, dan C (Permenkes RI, 2010)

### **2.1.2 Rekam Medis**

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien berdasarkan Permenkes No. 24 Tahun 2022. Pengumpulan semua data terkait informasi pasien dilakukan dari mulai pasien masuk hingga keluar dari rumah sakit dengan segala macam tindakan maupun pengobatan yang telah diberikan. Rekam medis juga diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapat pelayanan gawat darurat (Depkes RI, 2006)

Menurut Gemala Hatta (2008), rekam medis merupakan Kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan Riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Keberadaan rekam medis sangat diperlukan dalam sarana pelayanan kesehatan. Rekam medis bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan. Tertib administrasi dalam suatu rumah sakit akan berhasil dengan adanya

dukungan dari sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar. Sedangkan tertib administrasi itu sendiri merupakan salah satu faktor yang bisa digunakan dalam menentukan upaya pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit (Depkes RI, 2006)

Rekam medis berisikan kumpulan mengenai hal-hal penting yang berkaitan tentang identitas, riwayat kesehatan, pemeriksaan tindakan serta pengobatan pasien, maka dari itu rekam medis harus diisi secara lengkap dan akurat. Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi II menyatakan bahwa rekam medis memiliki kegunaan yang dapat dilihat dari beberapa aspek yang disebut dengan ALFREDS (*Administrative, Legal, Financial, Research, Education, Documentation, and Service*) yaitu sebagai berikut :

a. *Administrative* (Aspek Administrasi)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. *Legal* (Aspek Hukum)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

c. *Financial* (Aspek Keuangan)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan.

d. *Research* (Aspek Penelitian)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut tentang data atau informasi yang

dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

e. *Education* (Aspek Pendidikan)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai Pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang pengembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut digunakan sebagai bahan referensi pengajaran bidang profesi pemakai.

f. *Documentation* (Aspek Dokumentasi)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

g. *Service* (Aspek Medis)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

Rekam medis memiliki peranan yang sangat penting dalam mutu pelayanan rumah sakit. Mutu rekam medis merupakan salah satu indikator dalam penilaian akreditasi suatu rumah sakit. Penetapan indikator mutu rumah sakit akan mencerminkan mutu pelayanan rumah sakit. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Kelengkapan Pengisian Rekam Medis harus 100%. Rekam medis dikatakan bermutu atau berkualitas apabila lengkap terisi 100%. Mutu rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memenuhi beberapa indikator, seperti kelengkapan isian rekam medis dan resume rekam medis. Rekam medis harus akurat dengan mencatat semua data pasien sesuai keadaan sesungguhnya. Petugas segera mengembalikan berkas rekam medis ke sub bagian rekam medis setelah pasien pulang. Rekam medis juga harus memenuhi

persyaratan hukum, yaitu penulisan tidak memakai pensil, tidak ada penghapusan, perbaikan dilakukan dengan mencoret tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan, adanya lembar persetujuan tindakan dan tanda tangan tenaga medis yang memberikan pelayanan. Informasi mengenai tanggal, waktu pemeriksaan, dan tindakan ditulis lengkap (Menkes RI, 2008).

Adanya unit rekam medis sangat penting karena menjadi salah satu unit yang vital dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Perkam medis sebagai staf yang bertanggungjawab dalam pengelolaan isi rekam medis. Kompetensi yang harus dimiliki oleh perekam medis sebagai berikut :

- 1) Profesionalisme yang luhur, etika dan legal
- 2) Mawas diri dan pengembangan diri
- 3) Komunikasi efektif
- 4) Manajemen data dan informasi kesehatan
- 5) Keterampilan klasifikasi klinis, kodefikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis.
- 6) Aplikasi statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik.
- 7) Manajemen pelayanan RMIK

### **2.1.3 Rawat Inap**

Rawat Inap merupakan salah satu bentuk layanan perawatan kesehatan rumah sakit dimana pasien harus tinggal atau menginap sedikitnya satu hari di rumah sakit. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan, yang meliputi observasi, diagnosis, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dan penunjang medik lainnya. Pasien dapat dikategorikan sebagai pasien rawat inap ketika pasien memerlukan penanganan secara intensif maupun observative terhadap penyakit yang dideritanya. Ruangan rawat inap berupa ruangan atau bangsal yang berisi tempat tidur dan di huni oleh beberapa pasien sekaligus.

Pasien rawat inap di rumah sakit secara umum berasal dari IGD, rawat jalan atau poliklinik, serta rujukan. Pada pasien rawat inap ditangani oleh dokter spesialis dan dokter jaga bangsal. Dokter spesialis menangani pasien berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Sedangkan, dokter jaga bangsal merupakan dokter umum yang menangani pasien berdasarkan letak bangsal. Setiap pasien rawat inap memiliki Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang merupakan seorang dokter yang bertanggung jawab terhadap pelayanan dan pengelolaan asuhan medis seorang pasien.

#### **2.1.4 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan**

Menurut Undang- Undang No. 24 Tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (Mandatory) (Pemerintah Indonesia, 2011). Berdasarkan Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN 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(Permenkes RI, 2013).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dijelaskan bahwa jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh

beberapa badan penyelenggara Jaminan sosial. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Manfaat yang dijamin dari program JKN berupa pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis. JKN merupakan program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara gotong royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar premi secara berkala atau dibayarkan oleh pemerintah kepada Badan Penyelenggara Jaminana Sosial (BPJS).

BPJS merupakan transformasi dari empat Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang telah dirintis pemerintah dalam rangka menyelenggarakan jaminan sosial yaitu PT. Askes, Jamsostek, Taspen, dan Asabri yang kemudian dibentuk menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan sebagai badan pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia sebagai upaya pemerintah dalam pemenuhan hak setiap individu atas jaminan sosial untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial secara menyeluruh untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC). BPJS Kesehatan menerapkan prinsip managed care dimana suatu sistem ini mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan. 3 Managed Care dilakukan guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhan biaya yang efisien (Suprpto & Malik, 2019).

Berdasarkan Undang-Undang RI No. 24 Tahun 2011 pasal 4 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyebutkan bahwa

BPJS dalam menyelenggarakan sistem Jaminan Nasional berdasarkan beberapa prinsip yaitu:

1. Gotong Royong

Prinsip gotong royong adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta yang membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau tingkat penghasilan.

2. Nirlaba

Prinsip nirlaba adalah prinsip pengelolaan suatu usaha yang dimana usaha tersebut mengutamakan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya dari seluruh peserta.

3. Keterbukaan

Prinsip keterbukaan adalah prinsip untuk mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4. Kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana yang dilakukan secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5. Akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Portabilitas

Prinsip portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan secara berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Kepersetaan Bersifat Wajib

Prinsip kepersetaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta Jaminan Sosial yang dilaksanakan secara bertahap.

8. Dana Amanat

Prinsip dana amanat menyebutkan bahwa iuran dan hasil pengembangan merupakan dana titipan dari peserta untuk dipergunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta Jaminan Sosial.

9. Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar besar kepentingan peserta (Pemerintah Indonesia, 2011).

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menjelaskan bahwa dalam kepesertaan program JKN dibedakan menjadi dua kelompok yaitu :

a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminana Kesehatan, pada penerima ini pesertanya meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu. peserta PBI ini iurannya dibiayanya ada yang dibiayai oleh pemerintah pusat melalui APBN dan pemerintah daerah melalui APBD.

b. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI), peserta dari golongan orang yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas :

1) Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah seperti:

a) Pegawai pemerintah (Pegawai negeri sipil, anggota TNI, Polri, dan Pejabat negara)

- b) Pegawai Non-Pemerintah (Perusahaan swasta, BUMN, BUMD)
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya, yaitu :
- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri, contohnya seperti (dokter, akuntan, pengacara, artis, dsb).
  - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima gaji atau upah.
- 3) Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah. Peserta Bukan Pekerja (BP) ini terdiri atas :
- a) Investor
  - b) Pemberi kerja
  - c) Penerima pensiun
  - d) Veteran
  - e) Perintis kemerdekaan
  - f) Janda, duda, atau anak yatim dari veteran atau perintis kemerdekaan (Perpres RI, 2018)

### **2.1.5 Sistem Indonesian-Case Base Groups (INA-CBGs)**

Berdasarkan Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 Sistem Indonesia-Case Base Groups (INA-CBGs) merupakan salah satu instrumen penting yang dipergunakan sebagai pengajuan dan pembayaran klaim atas pelayanan kesehatan yang telah diselenggarakan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sistem INA-CBGs adalah sistem lanjutan dari DRG (Diagnosis Related Group) yang telah di implementasikan sejak tahun 2014 melalui program Jaminan Kesehatan Nasional untuk pembayaran pelayanan

baik rawat jalan maupun rawat inap kepada rumah sakit atau FKRTL. National Casemix Center (NCC) menjelaskan bahwa INA-CBGs merupakan sistem pengelompokan penyakit berdasarkan karakteristik klinis yang serupa dengan sumber daya/biaya perawatan yang digunakan dalam pengobatan. Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodefikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan menggunakan ICD-10 revisi tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9CM revisi tahun 2010 untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan tersebut ditujukan kepada penyelenggara jaminan kesehatan untuk pembiayaan kesehatan dengan metode prospektif (Permenkes RI, 2021).

Metode pembayaran prospektif merupakan metode pembiayaan yang diterapkan dalam era JKN. pembayaran secara prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Salah satu metode pembayaran prospektif yang di jalankan di Indonesia yaitu casemix (*cased based payment*) dan sudah diterapkan sejak tahun 2008 pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem INA-CBGs terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan adalah *clinical pathway*, koding, dan teknologi informasi. Sedangkan secara terpisah terdapat komponen costing yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBGs untuk setiap kelompok kasus.

Tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) atas paket layanan yang di dasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Tarif paket yang dipergunakan meliputi seluruh komponen yang mencakup semua sumber daya rumah sakit baik dalam pelayanan medis maupun non

medis. Perhitungan tarif INA-CBGs menggunakan perhitungan yang berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit dengan berpedoman pada pengelompokan menggunakan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 CM digunakan untuk tindakan/prosedur. Data Costing merupakan data biaya yang dikeluarkan rumah sakit baik secara operasional maupun investasi. Sedangkan data koding didapatkan dari data klaim JKN.

#### **2.1.6 Klaim BPJS**

Pengertian klaim dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia menyatakan bahwa klaim merupakan tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Istilah klaim sering dipergunakan dalam hal yang mengarah kepada kegiatan asuransi salah satunya pada asuransi kesehatan BPJS. Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS kesehatan, dimana pengajuan biaya tersebut dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Pengajuan untuk mendapatkan biaya ini, pihak rumah sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim. Dokumen tersebut harus lengkap dan sesuai persyaratan. Kelengkapan suatu dokumen pengajuan klaim merupakan hal penting yang wajib diperhatikan karena lengkapnya suatu dokumen tersebut digunakan untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan pasien sesuai dengan tarif INA-CBGs.

Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan dokumen administrasi umum dan kelengkapan dokumen lain sebagai berikut :

- 1) Rekapitulasi pelayanan, yang terdiri dari :
  - a) Nama penderita
  - b) Nomor identitas

- c) Alamat dan nomor telepon pasien
  - d) Diagnosa penyakit
  - e) Tindakan yang diberikan
  - f) Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan
  - g) Jumlah tagihan per pasien
  - h) Jumlah seluruh tagihan
- 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari :
- a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
  - b) Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)
  - c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
  - d) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misalnya laporan operasi, protokol terapi dan regimen (jadual pemberian obat) pemberian obat khusus.
  - e) Perincian tagihan Rumah Sakit (Manual atau automatic *billing*)
  - f) Berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2014a)

### **2.1.7 Verifikasi Klaim BPJS**

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, menyebutkan bahwa klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan harus melalui proses verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan. proses verifikasi bertujuan untuk menguji kebenaran administrasi dari pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Ketentuan mengenai proses verifikasi klaim BPJS telah diatur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang diterbitkan BPJS Kesehatan tahun 2014. Di dalam petunjuk tersebut dijelaskan bahwa proses verifikasi klaim terdapat beberapa tahapan, yaitu :

- 1) Verifikasi Administrasi
  - a) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan merupakan verifikasi yang meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBGs.

b) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Verifikasi administrasi pelayanan merupakan kegiatan mencocokkan serta menyesuaikan berkas persyaratan klaim. Apabila terjadi ketidaksesuaian, maka berkas akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi. Untuk kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis dan perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

2) Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi pelayanan kesehatan yaitu :

- a) Verifikator wajib memastikan kesesuaian kode diagnosis dan prosedur pada tagihan sesuai dengan kode ICD 10 dan 9 CM.
- b) Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Namun, apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru.
- c) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) termasuk rawat jalan.
- d) Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau ketika pasien telah mendapatkan fasilitas (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun ruang perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap. Pasien yang masuk rawat

inap sebagai kelanjutan dari perawatan di rawat jalan atau gawat darurat maka menjadi satu episode rawat inap.

- e) Pada kasus special CMGs harus dilampirkan bukti pendukungnya.
  - f) Apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan Tunggal atau multiple (Z38.-)
  - g) Untuk kasus pasien yang datang untuk control ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.
  - h) Apabila terdapat dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10.
  - i) Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode satu, tetapi dikode terpisah.
- 3) Verifikasi Menggunakan Software INA CBGs
- a) Purifikasi data  
Purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi *output* data INA-CBGs yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. purifikasi data terdiri dari No SEP, nomor kartu peserta, dan tanggal SEP.
  - b) Melakukan proses verifikasi administrasi  
Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit. Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi, dan *pending*.
  - c) Verifikator dapat melihat status kelayakan klaim secara administrasi serta tidak layak secara administrasi dan *pending*.

d) Proses verifikasi lanjutan

Pada verifikasi lanjutan dengan tujuh langkah dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadinya error verifikasi dan potensi double klaim.

e) Finalisasi Klaim

Verifikator dapat melihat klaim dengan status *pending*

f) Umpan balik pelayanan

g) Kirim file (BPJS Kesehatan, 2014)

4) Hasil Verifikasi Klaim

BPJS Kesehatan kemudian memberikan umpan balik kepada FKRTL setelah proses verifikasi klaim berupa Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). BAHV diberikan kepada rumah sakit setiap bulan dan berisikan mengenai keterangan jumlah dari masing-masing jenis klaim yang telah diverifikasi. Jenis hasil dari verifikasi klaim yang terdapat pada BAHV sebagai berikut :

a) Layak

Berkas klaim dianggap layak jika sudah lengkap dan sesuai Petunjuk Tekni Verifikasi Klaim sehingga disetujui oleh BPJS Kesehatan dalam penggantian biaya.

b) Tidak Layak

Berkas klaim dianggap tidak layak jika berkas klaim dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan ke pihak rumah sakit dan tidak dapat direvisi ataupun tidak dapat diajukan klaim Kembali sehingga BPJS Kesehatan tidak mengganti pembayarannya.

c) *Pending*

*Pending* klaim yaitu berkas klaim yang dikembalikan kepada pihak rumah sakit untuk dilakukan revisi karena belum sesuai dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim dan

dapat diajukan klaim Kembali sehingga BPJS Kesehatan akan mengganti pembayarannya.

d) Dispute

Dispute klaim adalah belum adanya kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL atas klaim yang diajukan berdasarkan berita acara pengajuan klaim.

### **2.1.8 Pending Klaim**

*Pending* klaim adalah pengembalian berkas klaim oleh pihak BPJS Kesehatan yang telah diajukan oleh pihak rumah sakit dikarenakan terdapat persyaratan yang belum lengkap atau tidak sesuai sehingga perlu direvisi kembali oleh petugas casemix. Terjadinya *pending* klaim akan berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dari pihak BPJS Kesehatan ke rumah sakit, sehingga rumah sakit akan mengalami kerugian karena belum mendapatkan penggantian biaya pelayanan oleh pihak BPJS Kesehatan. *Pending* klaim disebabkan karena beberapa faktor yaitu:

1) Penyebab *pending* klaim akibat faktor administrasi

Faktor Administrasi disebabkan oleh ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian berkas klaim yang diajukan pihak rumah sakit ke BPJS Kesehatan seperti berkas SEP (Surat Eligibilitas Peserta) yang tidak sesuai, tidak dilampirkan *billing* yang sesuai dengan kelas pelayanan, tidak dilampirkan surat perintah rawat inap, hasil laporan penunjang yang tidak lengkap, dan tidak dilampirkannya tindakan medis (Maulida & Djunawan, 2022). Berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014 menyebutkan bahwa ketidaksesuaian administrasi kepesertaan pada data aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung menyebabkan terjadinya pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan, karena jika terjadi ketidaksesuaian antara

kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas akan dikembalikan ke pihak rumah sakit untuk dilengkapi.

2) Penyebab *pending* klaim akibat faktor koding

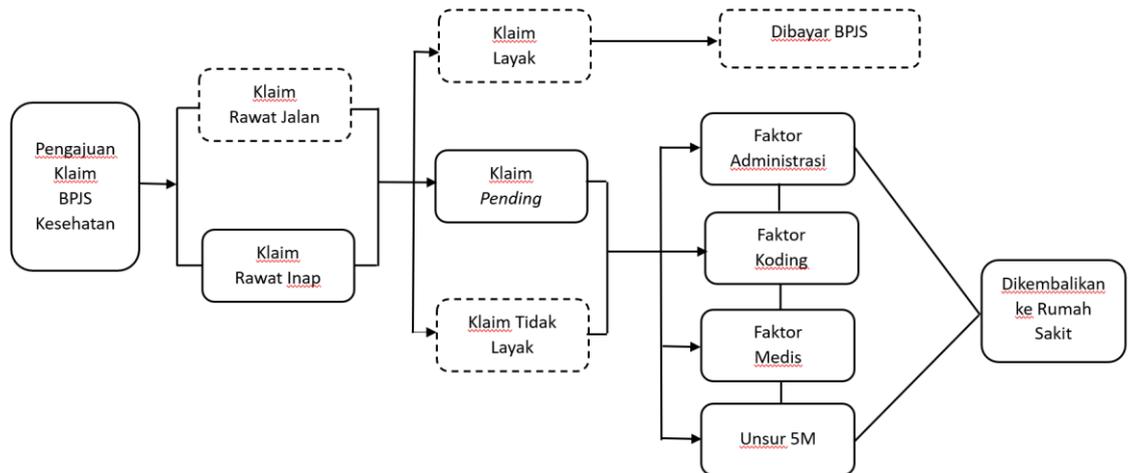
Faktor koding disebabkan oleh kesalahan pemberian kode diagnosis penyakit karena kurang telitnya pihak koder dalam penetapan kode. Pemberian kode diagnosis sekunder dan tindakan untuk menunjang ketepatan kode diagnosis utama yang tidak sesuai dengan penggunaan ICD-10 dan ICD 9 CM (Oktamianiz Rahmadhani Yulia, 2021). Keakuratan dalam pengkodean penyakit dan tindakan sangat penting karena berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. dalam pelaksanaan casemix INA-CBGs peran koder sangat menentukan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA-CBGs ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan dalam pemberian koding akan mempengaruhi besar kecilnya tarif pelayanan. Untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang telah diberikan maka dibutuhkannya ketepatan pemberian koding(Agiwahyunto et al., 2021a).

3) Penyebab *pending* klaim akibat faktor medis

Faktor medis disebabkan oleh kesalahan pada pengisian dan kelengkapan berkas resume medis, laporan penunjang, penetapan episode perawatan, penulisan diagnosa dan pemberian kode penyakit, serta pengesahan tanda tangan DPJP. Pada berkas resume medis sering terjadi ketidaklengkapan dalam pengisian, masih banyak dokter dan perawat jaga yang kadang tidak melengkapi resume medis sehingga banyak berkas yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan untuk dikonfirmasi lagi oleh dokter dan perawat(Maulida & Djunawan, 2022b)

## 2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variable yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2018).



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Keterangan :

 : Diteliti

 : Tidak Diteliti