

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional

2.1.1.1 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan 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 Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018). Adanya perlindungan asuransi ini dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Perlindungan ini diberikan kepada masyarakat yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Undang Undang No. 40 Pasal 41, 2004).

Terdapat 2 (dua) jenis pelayanan yang diperoleh oleh peserta JKN, yaitu pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Undang Undang No. 36, 2009).

2.1.1.2 Tujuan JKN

Tujuan penyelenggaraan JKN adalah menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 19 Ayat 2). Tujuan program tersebut bertujuan agar semua penduduk terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

2.1.1.3 Prinsip-prinsip JKN

Sesuai dengan UU No.40 Tahun 2004 SJSN diselenggarakan berdasarkan sembilan prinsip antara lain:

1. Kegotong-royongan

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

2. Nirlaba

Prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

3. Keterbukaan

Prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar dan jelas bagi setiap peserta.

4. Kehati-hatian

Prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib.

5. Akuntabilitas

Prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Portabilitas

Prinsip ini memberikan jaminan yang berkelanjutan bagi peserta yang ingin merubah domisili atau tempat tinggal maupun fasilitas pelayanan kesehatannya saja selama dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Kepesertaan Bersifat Wajib

Prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

8. Dana Amanat

Bahwa iuran dan pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.

9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial (DJS) dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta adalah bahwa hasil dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

2.1.2 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

2.1.2.1 Definisi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus (Peraturan BPJS, 2018).

Berdasarkan PMK No. 71 tahun 2013 Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan meliputi :

- a) Administrasi pelayanan;
- b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter
- c) Spesialis dan subspecialis;
- d) Tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
- e) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- g) Rehabilitasi medis;
- h) Pelayanan darah;
- i) Pelayanan kedokteran forensik klinik;
- j) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
- k) Perawatan inap non intensif; dan
- l) Perawatan inap di ruang intensif.

BPJS Kesehatan dalam menetapkan pilihan fasilitas kesehatan melakukan seleksi, kredensialing dan rekredensialing dengan kriteria teknis yang meliputi 12 sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan serta komitmen pelayanan (Kemenkes RI, 2013). Berdasarkan pedoman kredensialing Fasilitas Kesehatan yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan akan dimonitor dan dievaluasi oleh badan penyelenggara secara berkala untuk menjaga standar dan kualitas pelayanan. Monitoring dan evaluasi ini dilakukan setiap 2-3 tahun dengan melakukan kembali kredensialing, yang disebut rekredensialing.

Kredensialing dan rekredensialing dilakukan kepada keseluruhan fasilitas kesehatan yang akan dan masih berkerjasama dengan BPJS Kesehatan, baik faskes tingkat pertama maupun tingkat lanjutan. Kredensialing adalah penilaian BPJS terhadap fasilitas kesehatan yang ada untuk mengetahui fasilitas yang layak dan memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan BPJS. Tujuan dari kredensialing yaitu untuk mengetahui kapasitas dan kualitas fasilitas kesehatan yang akan bekerjasama dengan BPJS sehingga peserta dapat dilayani dan tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai. Beberapa kriteria yang harus dipenuhi dalam penilaian kredensialing pada FKRTL pada pedoman kredensialing antara lain :

- a) Surat Ijin Operasional;
- b) Surat Penetapan Kelas Rumah Sakit
- c) Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktek;
- d) Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan;
- e) Perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan;
- f) Sertifikat akreditasi
- g) Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional

2.1.2.2 Sistem Pembayaran di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

BPJS Kesehatan akan membayar kepada FKTP dengan kapitasi dan untuk FKRTL dibayarkan dengan sistem paket Ina-CBG's. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima lengkap (Kemenkes RI, 2014). Ina-CBG's merupakan sistem besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL yang merupakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan prosedur yang menjadi output pelayanan yang mengacu pada *International Code Diseases Ten* (ICD 10) dan *International Code Diseases Nine* (ICD 9) *Clinical Modification* (CM) yang disusun oleh *World Health Organization* (WHO). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Ina-CBG's menyatakan bahwa Ina-CBG's

merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis.

Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018, sistem pembayaran di FKRTL meliputi:

- (1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada FKRTL secara *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG).
- (2) Tarif INA-CBG diberlakukan pada FKRTL yang memberikan pelayanan: Rawat Jalan dan Rawat Inap
- (3) Selain tarif INA-CBG, BPJS Kesehatan dapat melakukan pembayaran kepada FKRTL yang memberikan pelayanan:
 - a. Obat untuk penyakit kronis dan obat kemoterapi;
 - b. Alat bantu kesehatan yang meliputi:
 - a) Kacamata;
 - b) Alat bantu dengar;
 - c) Protesa alat gerak;
 - d) Protesa gigi;
 - e) Korset tulang belakang;
 - f) Collar neck\ atau
 - g) Kruk;
 - c. Pelayanan Ambulans yang diberikan antar FKRTL; dan
 - d. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD).

2.1.3 Pelayanan Rawat Inap

Menurut Departemen Kesehatan RI 1997, Pelayanan Rawat Inap merupakan kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit, yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan terhadap pasien yang masuk rumah sakit, yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik atau pelayanan medik lainnya. Pelayanan Rawat inap, terdiri dari :

- a) Perawatan inap di ruang intensif
- b) Perawatan inap non intensif

2.1.4 Klaim

2.1.4.1 Definisi Klaim

Klaim adalah bertanggung menyatakan kerugian dan memberikan bukti yang diperlukan, dan perusahaan asuransi menerima klaim serta memberikan manfaat untuk menggambarkan proses tersebut (Pamjaki, 2014). Menurut pasal 246 kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD) pengertian klaim asuransi adalah tuntutan dari pihak bertanggung sehubungan dengan adanya kontrak perjanjian antara asuransi dengan pihak bertanggung yang masing-masing pihak mengikatkan diri untuk menjamin pembayaran ganti rugi oleh penanggung jika pembayaran premi asuransi telah dilakukan oleh pihak bertanggung, ketika terjadi musibah yang diderita oleh pihak bertanggung. Pengklaiman/administrasi klaim adalah suatu proses dari penyiapan berkas dan prosedur penilaian layak tidaknya klaim dibayar yang berkaitan dengan kelengkapan dokumen, yakni surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik, dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab, serta obat-obatan yang digunakan sesuai dengan tarif yang berlaku sampai dengan pencairan klaim kepada PPK/Penyedia Pelayanan Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014)

2.1.4.2 Prosedur Verifikasi Klaim Berbasis INA CBG's

Verifikasi klaim oleh verifikator BPJS kesehatan menandakan klaim sudah masuk ke pihak BPJS kesehatan melalui verifikator untuk uji kelayakan. Terdapat empat tipe status klaim yang berbeda setelah berkas klaim diterima oleh pihak asuransi, yaitu (Catherine, 2013) :

1. *No Claim On File* (NCOF) yaitu kondisi klaim belum diterima oleh petugas klaim dikarenakan sistem yang ada tidak mampu untuk mendeteksi keberadaan data klaim yang dimaksud.
2. Klaim tidak pernah diterima oleh sistem pemutus klaim atau tidak dapat diproses maka status klaim dapat ditolak maupun tidak diterima karena adanya *front-end error*.

3. Klaim sudah diterima oleh sistem klaim, menandakan klaim sedang diproses
4. Klaim berstatus pending, menandakan beberapa kemungkinan yaitu sedang dalam penelaahan lebih dalam, membutuhkan informasi tambahan baik dari pihak penyedia layanan maupun peserta jaminan.
5. Klaim telah selesai diproses dan telah difinalisasi, terdapat dua kemungkinan yaitu klaim ditolak (*denied*) atau klaim diterima (*allowed*). Klaim ditolak artinya tidak ada pembayaran untuk klaim tersebut umumnya klaim tersebut terdapat kesalahan dalam billing atau pengkodean ataupun masalah lainnya. Sedangkan untuk klaim diterima pembayaran akan dilakukan sesuai dengan jumlah klaim.

Ruang lingkup verifikasi klaim BPJS kesehatan terdiri dari verifikasi administrasi klaim dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berdasarkan petunjuk panduan praktis Teknis Verifikasi Klaim antara lain:

a. Verifikasi Administrasi Klaim

Dalam verifikasi administrasi, klaim mencakup 2 (dua) hal pokok yaitu berkas klaim yang akan diverifikasi dan tahap verifikasi administrasi klaim.

- a) Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan meliputi:
 - a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
 - c. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
 - d. Resep alat kesehatan (di luar prosedur operasi)
 - e. Tanda terima alat kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dan lain-lain)
 - f. Berkas pendukung lain yang diperlukan
- b) Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat inap meliputi:
 - a. Surat perintah rawat inap
 - b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - c. Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP

- d. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP)
- e. Laporan operasi (jika diperlukan)
- f. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
- g. Resep alat kesehatan (di luar prosedur operasi)
- h. Tanda terima alat kesehatan (alat bantu gerak, collarneck, corset, dan lain-lain)
- i. Berkas pendukung lain yang diperlukan

Adapun tahap verifikasi administrasi klaim yaitu meliputi:

1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

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

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Pada verifikasi administrasi yang harus diperhatikan adalah :

- a) Untuk kode INA CBGs severity level III pastikan terdapat pengesahan dari komite medik.
- b) Kesesuaian spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosis. Sebagai contoh, pasien dengan diagnosis jantung namun DPJP nya adalah spesialis mata, maka harus melakukan pengecekan ke resume medis atau poli.
- c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator. Misalnya, dalam laporan tindakan Apendektomi oleh operator spesialis jantung, perlu dilakukan pengecekan lebih lanjut.
- d) Kesesuaian antara tipe rumah sakit dan kompetensi dokter di rumah sakit tersebut, misalnya: tindakan kraniotomi yang dilakukan di Rumah Sakit Type D, Tindakan CABG yang dilakukan di Rumah Sakit yang tidak memiliki ahli Bedah Thorax Kardio Vaskuler, yang perlu dilakukan pengecekan lebih lanjut

- e) Koding yang ditentukan koder tidak terpisah. Contoh : *Diabetes Melitus with Nephrophaty* menjadi Diabetes Melitus (Diagnosis Primer) dan Nephrophaty (Diagnosis Sekunder)
- f) Perhatikan readmisi untuk diagnosis penyakit yang sama, jika pasien masuk dengan diagnosis yang sama lakukan pengecekan dengan riwayat pulang rawat pada episode yang lalu, apakah pada episode rawat yang lalu pasien pulang dalam keadaan sembuh atau pulang dalam keadaan pulang paksa, ataupun dirujuk. Jika pasien telah dipulangkan dalam keadaan pulang paksa maka episode rawat pada readmisi merupakan kelanjutan dari pembiayaan penyakit yang sama.
- d) Pada kasus spesial CMG's:
 - a. Alat kesehatan dengan prosedur operasi di pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing rumah sakit dan laporan operasi.
 - b. Diluar prosedur operasi: pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing rumah sakit, resep alat kesehatan, bukti tanda terima alat kesehatan.
 - c. Pada kasus spesial obat, pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, billing dan regimen (jadwal dan rencana pemberian obat).
- b. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah:

 - 1) Tingkat keparahan (*severity level*) sesuai dengan tipe dan kompetensi rumah sakit.
 - 2) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM.
 - 3) Kasus spesial CMGs:
 - a) *Special drugs* : *steptokinase, deferiprone, deferoksamin, deferasirox, human albumin.*
 - b) *Special procedures*, contoh: *Tumor pineal-endoscopy, pancreatectomy* , dan lain-lain. Diperlukan surat keterangan

dokter sebagai keterangan/laporan operasi untuk spesial prosedur yang dilakukan.

- c) *Special investigations: other CT Scan, Nuclear Medicine, MRI, diagnostic and prosedur imaging on eye.* Kasus yang mendapatkan spesial *investigation* telah dilengkapi bukti pelayanan penunjang sebelumnya, seperti : MRI dilakukan setelah ada hasil X-ray dan CT Scan, dan sebagainya.
 - d) *Special prosthesis : subdural grid electrode, cote graft, TMJ prosthesis, Liquid Embolic (for AVM), Hip Implant/ knee implant.* Perhatikan kesesuaian diagnosis utama dan prosedur yang dilakukan, misal : *TMJ Prosthesis* dilakukan pada kasus *fraktur os temporomandibular/ temporomandibular joint*, ditangani spesialis THT kraniofasial/Bedah Mulut.
- 4) Pada kasus-kasus yang sudah ditegakkan diagnosis pastikan pada kunjungan berikutnya harus menggunakan kode diagnosis Z (kontrol).
 - 5) Perhatikan pasien yang menjalani rawat jalan dan dilanjutkan dengan rawat inap pada hari yang sama hanya bisa ditagihkan sebagai satu episode rawat inap.

2.1.4.3 Proses Verifikasi Berkas Klaim

Berdasarkan petunjuk panduan praktis Teknis Verifikasi Klaim dalam klaim pembayaran kepada BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan yang telah selesai diberikan maka fasilitas kesehatan perlu memperhatikan bagaimana proses verifikasi dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Proses verifikasi dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu:

- 1) Pemeriksaan berkas yaitu pemeriksaan meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan.

Hal-hal yang harus diperhatikan :

- a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP) :
 - a. Dilegalisasi Petugas BPJS Kesehatan
 - b. Nomor SEP

- c. Identitas yang tertera di SEP (No. Kartu, Nama, Tanggal Lahir, No. MR, Poli Tujuan/ Ruang Perawatan)
Bandingkan data di SEP, lembar kerja dan berkas pendukung.
Data di SEP harus sama dengan data di Lembar Kerja dan data di berkas pendukung
- b) Pastikan untuk rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP.
- c) Resume Medis :
 - a. No. Medical Record dan Identitas Pasien (Nama, Tanggal Lahir, dan lain-lain)
 - b. Tanggal pelayanan (Tanggal masuk dan tanggal pulang untuk pasien Rawat Inap)
 - c. Diagnosis Primer, Diagnosis Sekunder dan Prosedur/Tindakan
 - d. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) : nama jelas dan tanda tangan
 - d) Pemeriksaan kode diagnosis pasien, prosedur yang dilakukan.
 - e) Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan atas kode diagnosis dan prosedur yang dientri serta kesesuaian dengan kode INA CBG yang dihasilkan. Untuk menjadi perhatian pada diagnosis dengan biaya mahal dan kemungkinan penagihan berulang.
- 2) Melakukan konfirmasi dilakukan jika ada temuan khusus yang perlu dijelaskan. Hal ini dilakukan untuk memperoleh bukti atau mendapatkan informasi atas klaim-klaim yang mendapat perhatian, antara lain:
 - a) Konfirmasi administrasi pelayanan
Yaitu melakukan konfirmasi kepada coder dengan meminta bukti-bukti pendukung/penunjang yang diperlukan, diagnosis primer maupun sekunder dan prosedur yang ada di dalam resume medis pasien.
 - b) Konfirmasi administrasi klaim lain
Konfirmasi administrasi bukti-bukti *special* CMG.

2.1.4.4 Pengajuan Berkas Klaim

Berdasarkan pedoman administrasi klaim BPJS Kesehatan persyaratan pengajuan klaim di FKTP sebagai berikut :

- a. Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
- b. Softcopy dan pelayanan bagi Fasilitas Kesehatan yang telah menggunakan aplikasi P-Care/aplikasi BPJS Kesehatan lain (untuk PMI/UTD) rekapitulasi pelayanan secara manual untuk Fasilitas Kesehatan yang belum menggunakan aplikasi P-Care
- c. Kuitansi asli bermaterai cukup
- d. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
- e. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim

Persyaratan pengajuan klaim di FKRTL sebagai berikut :

- a. Formulir Pengajuan Klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
- b. Softcopy luaran aplikasi
- c. Kuitansi asli bermaterai cukup
- d. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
- e. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim

2.1.4.5 Faktor Klaim Pending

Terdapat beberapa faktor klaim pending antara lain:

1) Faktor resume medis

Berdasarkan Permenkes 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis, resume medis (*discharge summary*) adalah ringkasan pulang yang harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Adapun isi dari ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas pasien
- b. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
- c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang

d. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan

Adapun kegunaan resume medis menurut Direktorat jendral Pelayanan Medis, yaitu:

- a) Untuk mengetahui pemeriksaan yang diberikan kepada pasien selama dirawat meliputi pemeriksaan laboratorium, rontgen, fisik dan lain-lain.
- b) Untuk mengetahui pengobatan medis maupun operasi yang telah diberikan apakah pasien itu termasuk pasien yang menderita komplikasi atau pasien konsultasi.
- c) Untuk mengetahui keadaan pasien pada saat keluar apakah pasien itu perlu berobat jalan, sembuh total atau mati.

2) Faktor koding

Menurut Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Ina-Cbg's koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*). Tujuan koding yaitu untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Ketepatan koding diagnosis dan prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG. Sumber data untuk mengkodekan berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien.

3) Faktor administrasi

Berdasarkan penelitian dari Irmawati dkk (2018) terdapat dua faktor antara lain:

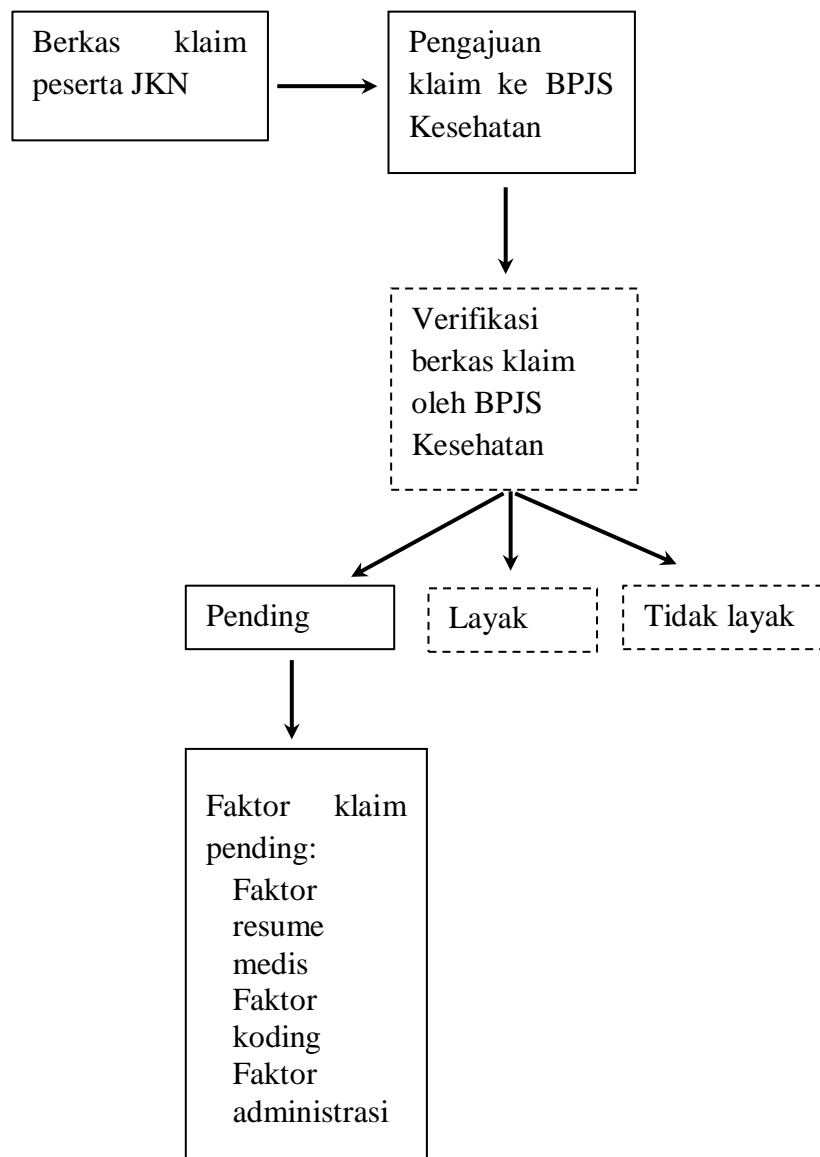
a) Faktor administrasi kepesertaan



Dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidak sesuai data SEP dengan data yang diinputkan dalam aplikasi INA CBGs pada lembar individual pasien dengan data berkas pendukung klaim rawat inap.

b) Faktor administrasi pelayanan

Kesesuaian administrasi pelayanan berkas klaim rawat inap dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidaknya data dalam berkas klaim rawat inap dengan ketentuan yang menjadi syarat diterimanya oleh BPJS Kesehatan.

2.2 Kerangka Konseptual



Keterangan:  Diteliti
 Tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori
Sumber : pendekatan sistem dari Azwar (2010)