

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Pustaka**

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

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan. Di Indonesia, rumah sakit merupakan pusat rujukan pelayanan untuk puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap yang bersifat spesialisik (Negara 2016).

Upaya kesehatan adalah setiap bentuk kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan program kesehatan dan tempat yang telah digunakan untuk menyelenggarakannya disebut sarana kesehatan. Sarana Kesehatan berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau upaya kesehatan rujukkan dan atau upaya kesehatan penunjang. Selain itu sarana kesehatan juga dapat dipergunakan untuk kepentingan pendidikan dan pelatihan serta penelitian, pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan (Amalia, 2019).

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, tugas dan fungsi rumah sakit yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna merupakan layanan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Rumah sakit dalam menjalankan tugas tersebut mempunyai fungsi antara lain:

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

4. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

### **2.1.2 Casemix**

Casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper. Casemix merupakan suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan, pemerataan pelayanan kesehatan dan keterjangkauan pelayanan, yang merupakan unsur dalam model pembayaran biaya pelayanan di sarana kesehatan pasien yang berbasis pada kasus campuran ( (Nurdiah & Iman, 2016)

Ada 14 variabel yang dibutuhkan Casemix dan dapat diperoleh dari data rekam medis yaitu:

- 1) Identitas Pasien (Nama pasien, Nomor Rekam Medis)
- 2) Tanggal masuk rumah sakit
- 3) Tanggal keluar rumah sakit
- 4) *Lengh of stay* (lama hari rawat)
- 5) Tanggal Lahir
- 6) Umur (tahun) ketika masuk rumah sakit
- 7) Umur (hari) ketika masuk rumah sakit
- 8) Umur (hari) ketika keluar rumah sakit
- 9) Jenis Kelamin
- 10) Status Keluar rumah sakit
- 11) Berat Badan Baru Lahir (gram)
- 12) Diagnosis Utama
- 13) Diagnosis Sekunder (komplikasi dan ko-morbiditi)
- 14) Prosedur / Pembedahan Utama (Chandra 2009)

Seluruh masyarakat berhak mempunyai harapan yang sama yaitu mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu baik dan dengan biaya yang dapat dijangkau (Hosizah 2016).

Menghadapi persaingan yang semakin ketat antar rumah sakit sebagai pemberi pelayanan dibidang kesehatan yang utama, biaya yang ditimbulkan rumah

sakit dapat dilakukan pengendalian, contohnya dengan pembiayaan atau pembayaran yang terstandar dan pengendalian mutu pelayanan kesehatan. Hal tersebut akan banyak memberikan keuntungan, selain keuntungan bagi pasien secara langsung, keuntungan bagi penyedia pelayanan kesehatan dan tidak kalah pentingnya adalah keuntungan bagi pihak yang menyanggah. Pengembangan ini nantinya dapat dipergunakan untuk mempermudah evaluasi mutu pelayanan.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan kecenderungan terjadinya peningkatan dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia yaitu:

- d. Perubahan pola dari penyakit degeneratif adanya orientasi lebih pada pembiayaan yang bersifat kuratif
- e. Pembayaran *out of pocket (fee for service)* secara individual
- f. Provider yang menentukan jenis service
- g. Pengembangan teknologi yang semakin canggih
- h. (Sub) spesialisasi ilmu kedokteran yang mengalami perkembangan dan tidak lepas dari tingkat inflasi (Hosizah 2016).

### **2.1.3 Berkas Pendukung Pasien dan Bukti Pelayanan Lainnya**

#### **1. Berkas Pendukung Pasien Rawat Jalan**

Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:

- a. SEP (Surat Eligibilitas Peserta)
- b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), misal:
  - Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
  - Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi)
  - Tanda terima alat kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll)
  - Berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS, 2014)

### **2.1.4 Pengkodean dan pengentrian**

Hasil penelitian tentang pengajuan klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan pada pengkodean dan pengentrian data, sebagian besar informan menyatakan bahwa pengkodean atau proses koding dan pengentrian data mengenai keterlambatan dan prosesnya berlangsung lama. Dokumen klaim pada pengkodean dan pengentrian data meliputi dokumen klaim rekapitulasi pelayanan, dan dokumen klaim pada berkas pendukung serta bukti pelayanan lain. Informasi yang

dihasilkan dari suatu proses perolehan data tidak boleh terlambat, sehingga untuk itu dibutuhkan sebuah teknologi-teknologi terbaru untuk mendapatkan, mengelola dan mengirim informasi (Kristanto, A 2003)

### **2.1.5 Verifikasi Pelayanan**

Verifikasi dokumen klaim JKN menjadi hal yang penting dikarenakan FKRTL berkewajiban melengkapi dokumen klaim sebelum pengajuan klaim kepada pihak BPJS Kesehatan dikarenakan segala biaya pelayanan yang telah diberikan oleh FKRTL kepada pasien wajib dilaporkan kepada BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pengganti sesuai besaran biaya yang telah dikeluarkan sesuai tariff INA-CBG's (Indonesia *Case Base Groups*). Menurut peraturan BPJS Kesehatan, dokumen klaim rawat jalan tingkat lanjutan harus diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA-CBG's kementerian Kesehatan yang berlaku (Susan dkk., 2016).

Berdasarkan Panduan Teknis Verifikasi Klaim BPJS kesehatan, tahap verifikasi administrasi klaim yaitu:

#### **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**

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas). Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi, Kesesuaian antara tindakan operasi yang telah dilakukan dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis dan perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

### **2.1.6 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan**

Sesuai dengan UU No. 24 Tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk

menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai operasional pada tanggal 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang sistemnya menggunakan sistem asuransi. Artinya, seluruh warga Indonesia nantinya wajib menyisihkan sebagian kecil uangnya untuk jaminan kesehatan di masa depan. Antara JKN dan BPJS tentu berbeda. JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS merupakan badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional). Singkatnya, Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS menggantikan program jaminan kesehatan yang dulunya diselenggarakan oleh PT Askes dan juga PT Jamsostek.

Tujuan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan agar semua penduduk terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak, yaitu: memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, mendorong peningkatan pelayanan kesehatan kepada peserta secara menyeluruh, terstandar, dengan sistem pengelolaan yang terkendali mutu dan biaya, terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

### **2.1.7 Pengertian Klaim**

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya & Perry, 2015)

#### **2.1.7.1 Manajemen Klaim Fasilitas Kesehatan**

##### **1. Manajemen Klaim FKRTL**

BPJS Kesehatan bertugas melakukan pembayaran klaim manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) secara *Indonesian Case Base Groups (INA- CBG)* didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit, prosedur dan non paket INA-CBG untuk beberapa item pelayanan tertentu.

Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL yaitu sebagai berikut:

1. Kelengkapan administrasi umum terdiri dari:
  - a. Formulir pengajuan klaim (FPK) yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat lain yang berwenang, paling rendah adalah yang menjabat sebagai Kepala Instansi.
  - b. Kwitansi asli bermaterai
  - c. Surat Tanggung Jawab Mutlak bermaterai cukup yang ditandatangani oleh Pimpinan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut atau pejabat yang setingkat Direktur yang diberi kewenangan.
2. Kelengkapan administrasi khusus terdiri dari:
  - a. bukti pendukung pelayanan.
  - b. kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

#### **2.1.7.2 Kadaluarsa Klaim**

- a. Klaim Kolektif Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.
- b. Klaim Perorangan Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus (BPJS 2014).

#### **2.1.7.3 Pengajuan Klaim**

Pengajuan klaim ialah pengajuan klaim sering terlambat disebabkan karena dokumen tidak lengkap dan waktu penyetoran yang lambat sehingga mempengaruhi pada proses coding dan entri data serta verifikasi. Dokumen klaim yang berhubungan dengan pengajuan klaim adalah laporan pertanggungjawaban, yaitu laporan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Laporan rekapitulasi klaim berbentuk Rekapitulasi Klaim yang berisi jumlah klaim dan total klaim keseluruhan ditandatangani kedua belah pihak, dengan salinan (fotokopi) sebagai arsip verifikasi, serta Klaim koreksi bila ada hal lainnya yang perlu untuk di koreksi (Malonda 2015).

Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pembayaran Manfaat Pelayanan Kepada FKRTL, FKRTL mengajukan klaim secara kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap setiap

bulan. BPJS Kesehatan menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada FKRTL setelah FKRTL mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan, selain mengajukan klaim FKRTL harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan. Dalam hal klaim yang diajukan oleh FKRTL tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan seluruh berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.

Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari berkas klaim dinyatakan lengkap. Hari ke-10 (sepuluh) dihitung mulai hari pengajuan klaim FKRTL yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.

BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi berkas klaim sejak berkas dinyatakan lengkap dibuktikan dengan berita acara kelengkapan berkas klaim. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim berdasarkan hasil verifikasi yang telah dinyatakan sesuai. Dalam hal berkas klaim yang telah dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada FKRTL untuk mendapatkan konfirmasi. Pengembalian berkas klaim kepada FKRTL sebagaimana disertai berita acara pengembalian berkas klaim berikut penjelasannya.

Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh FKRTL pada pengajuan klaim bulan berikutnya. BPJS Kesehatan mengajukan persetujuan klaim kepada FKRTL dalam hal proses verifikasi klaim telah selesai dilaksanakan. Persetujuan klaim akan dibuktikan dengan formulir persetujuan hasil verifikasi yang telah ditandatangani oleh pejabat FKRTL yang ditunjukkan. Hasil persetujuan verifikasi oleh FKRTL diterima kembali oleh BPJS Kesehatan paling lambat 1 (satu) hari setelah formulir diterima oleh FKRTL. Dalam hal FKRTL pada hari ke-11 (sebelas) belum menyerahkan persetujuan klaim, FKRTL dianggap menyetujui hasil verifikasi klaim BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15

(lima belas) hari sejak dikeluarkannya berita acara kelengkapan berkas klaim atau 15 (lima belas) hari sejak berkas klaim otomatis dinyatakan lengkap.

#### **2.1.7.4 Pengajuan Klaim Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan**

##### **1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan**

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
- b. Tarif paket INA CBG's sesuai dengan ketentuan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- c. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat dan lain-lain.
- d. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku.
- e. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang atau Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:
  - 1) Rekapitulasi pelayanan
  - 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
    - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
    - b) Resume medis/laporan status pasien/ keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan
    - c) Bukti pelayanan lainnya, misal: Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus, rincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing), Berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS, 2014).



### **2.1.8 Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG**

Berdasarkan dari hasil pertemuan kedua belah pihak Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dan Deputi Direksi Jaminan Pembiayaan Kesehatan Rujukan BPJS Kesehatan dalam pembahasan panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA CBG Tahun 2018, telah disepakati diagnosis dan tindakan prioritas yang terdiri dari atas aspek koding, medis dan administrasi (BPJS, 2014).

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, BPJS Kesehatan sebagai Badan Penyelenggara merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyat Indonesia, diamanatkan untuk mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu dan kendali biaya, serta sistem pembayaran

pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif guna tercapainya sustainabilitas program JKN. Beberapa upaya kendali mutu dan kendali biaya telah dilakukan sejak BPJS Kesehatan beroperasi. Salah satu upaya kendali biaya yang telah dilakukan adalah melalui upaya penyelesaian klaim-klaim bermasalah yang diinventarisir baik dari BPJS Kesehatan maupun dari Kementerian Kesehatan.

Bentuk kesepakatan upaya penyelesaian klaim bermasalah antara BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan dan Organisasi Profesi dituangkan pertama kali dalam Surat Edaran Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Nomor HK.03.03/X/1185/2015 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan JKN yang memuat tentang 17 (tujuh belas) kasus permasalahan koding dan 18 (delapan belas) kasus permasalahan klinis.. Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG pada tahun 2018 ini, BPJS Kesehatan bersama Kementerian Kesehatan kembali menyusun sebuah penyelesaian terhadap permasalahan klaim yang dituangkan dalam surat Berita acara Kesepakatan Bersama antara kedua pihak mengenai Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalah Klaim INA CBG Tahun 2018.

Dalam Berita Acara tersebut terdiri dari 281 (dua ratus delapan puluh satu) kasus dengan rincian 208 (dua ratus delapan) kasus permasalahan koding, 63 (enam puluh tiga) kasus permasalahan medis/klinis, dan 10 (sepuluh) kasus permasalahan

administrasi pengajuan klaim. Panduan Manual Verifikasi Klaim INA CBG Edisi 2 ini, disusun berdasarkan diagnosa dan prosedur terbanyak yang terdiri atas manual verifikasi terkait coding, aspek klinis, dan administrasi. Diharapkan dengan adanya Manual Verifikasi Klaim INA CBG edisi 2 ini dapat meminimalisir terjadinya dispute claim baik dari sisi coding, klinis, maupun administrasi (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan 2018).

### **2.1.9 Penyebab Klaim Pending**

Pending atau sering disebut dengan unclaimed yang artinya tidak terklaim atau tertunda. Hal ini disebabkan terdapat kasus ditatalaksanakan di Rumah Sakit tersebut diragukan kesimpulan medisnya karena ketidakcocokan atau ketidaklengkapan data-datanya (valentina dan Halawa 2018).

Proses pengklaiman BPJS sudah menggunakan program INA-CBGs. Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS di rumah sakit harus melalui tahap verifikasi berkas sehingga verifikasi BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi pelayanan dan memastikan kesesuaian diagnosis serta prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9. Setelah itu BPJS kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak diklaim, namun berkas yang tidak layak diklaim/pending harus dikembalikan ke Rumah Sakit untuk melalui tahap konfirmasi. Hal ini disebabkan karena adanya perbedaan diagnosis antara petugas rumah sakit dengan verifikasi BPJS (Nurdiah dan Iman 2016),

#### **2.1.9.1 Aspek Coding**

##### **A. Pengertian Coding**

Menurut Padma & Sandiasa (2018) dalam kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam coding meliputi kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan pengkodean tindakan medis. Tenaga medis sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode.

Kendala yang ditemukan pada proses penginputan ialah coding yang tidak tepat dengan diagnosis penyakitnya. Alasannya karena dipengaruhi oleh tulisan dokter kurang jelas atau sulit dibaca oleh petugas klaim. Sehingga menyebabkan pengembalian berkas klaim yang

nantinya akan dilakukan konfirmasi kembali ke DPJP yang bersangkutan agar proses penginputan antara koding dan diagnosis tersebut valid (Permenkes 2014).

#### 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. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi 10 (ICD-10, International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision). Namun, di Indonesia sendiri ICD-10 baru ditetapkan untuk menggantikan ICD-9 pada tahun 1998 melalui SK Menkes RI No.50/MENKES/KES/SK/I/1998. Sedangkan untuk pengkodean tindakan medis dilakukan menggunakan ICD-9-CM.

#### C. Tugas Pokok dan Fungsi Koding umum

- a. Menerima DRM dari bagian assembling
- b. Memberikan kode penyakit pasien dengan menggunakan ICD X
- c. Memberikan kode tindakan pada pasien dengan menggunakan ICD XI
- d. Menyerahkan ke bagian filling setelah dilakukannya kode.
- e. Jika pasien menggunakan jasa asuransi maka DRM diserahkan ke assembling dan jika sudah di kode akan di ambil oleh petugas bagian asuransi atau BPJS.

#### 2.1.9.2 Aspek Medis

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia, pengertian medis adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan bidang kedokteran. Penyakit-penyakit seperti flu, batuk, malaria tumor, kanker serta penyakit-penyakit lain yang umum dikenal dengan penyakit yang dapat di diagnosa dan dijelaskan secara medis sehingga dapat dicari pengobatannya secara pasti. Walaupun ada pula jenis penyakit medis yang belum ditemukan obatnya karena pengetahuan manusia yang belum mampu menemukannya.

Dispute medis disebabkan kasusnya bedah yang mengalami

permasalahan disebabkan karena tidak disertai dengan bukti penunjang. Selain itu disebabkan karena belum adanya regulasi atau literatur yang akan digunakan untuk proses penyelesaian klaim yang tidak disetujui oleh verifikator terkait masalah koding maupun diagnosis (Amir, Suhardi, dan Harun 2020).

Kesalahan dalam diagnosis dapat menimbulkan terjadinya klaim dispute yang memengaruhi proses klaim. Dispute atas klaim pelayanan kesehatan karena adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan FKTRL terkait masalah medis yang tidak sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) (Permenkes 2014).

### **2.1.9.3 Aspek Administrasi**

Administrasi adalah keseluruhan proses kerjasama antara dua orang atau lebih berdasarkan rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Administrasi juga dapat diartikan sebagai usaha atau kegiatan yang berkenaan dengan penyelenggaraan kebijaksanaan untuk mencapai tujuan. Jadi dapat disimpulkan bahwa administrasi adalah sebuah kegiatan yang dilakukan bersama-sama untuk mencapai apa yang menjadi tujuan bersama (Antonio & Safriadi, 2012).

Administrasi adalah keseluruhan proses kerjasama antara dua anggota atau lebih berdasarkan rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Selain itu ada juga beberapa ciri-ciri administrasi, sebagai berikut:

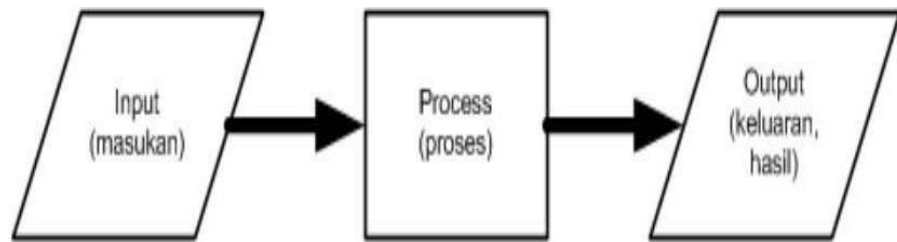
1. Adanya kelompok manusia yang terdiri dari atas 2 (dua) orang atau lebih.
2. Adanya kerjasama.
3. Adanya proses usaha.
4. Adanya bimbingan, kepemimpinan, dan pengawasan
5. Adanya tujuan (Siagian, 2002).

Menurut Ilyas (2006), bagaimana yang dikutip oleh (shihombing, (Alm), dan Irawan 2018), administrasi Klaim menurut definisi HIAA (Health Insurance Association Of America) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang

dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. Pending klaim dari aspek administrasi disebabkan karena adanya penyalahgunaan kartu, cara pulang pasien yang tidak sesuai, tidak adanya bukti penunjang dan terapi, serta terdapat kesalahan pada data demografi (Amir, Suhadi, dan Harun 2020).

## 2.2 Kerangka Teori

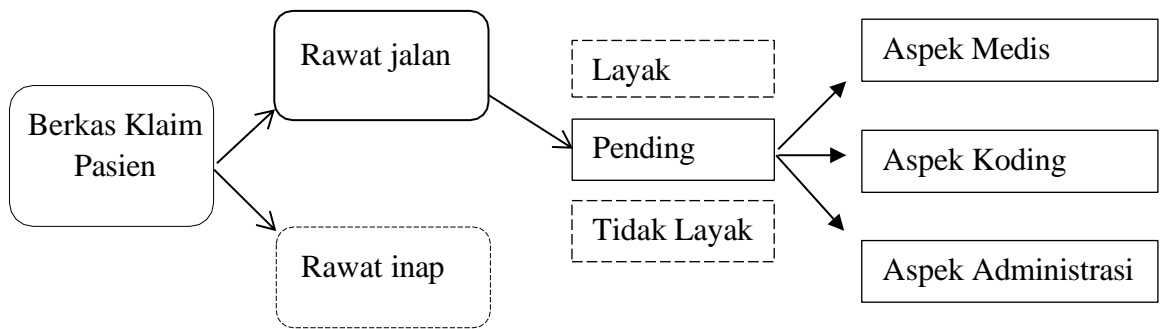
Kerangka teori dalam penelitian ini menggunakan model sistem.




Gambar 2. 1 Model Sistem (Input-Proses-Output) Menurut Prof. A. Donabedian


- Input (struktur) ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti SDM, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula. Hubungan input dengan mutu adalah dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- Proses merupakan perubahan/Transformasi berbagai masukan oleh kegiatan operasi/produksi menjadi keluaran yang berbentuk produk dan/atau jasa. Proses, ialah interaksi profesional antara pemberi layanan dengan konsumen (pasien / masyarakat).
- *Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Penilaian terhadap *outcome* merupakan evaluasi hasil akhir dari kesehatan atau kepuasan pelanggan, melalui audit medis pasca tindakan medis, studi kasus/kematian 48 jam, review rekam medis, *informed consent* ataupun dari keluhan pasien dan keluarganya.

### 2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian

 : Yang tidak diteliti

 : Yang diteliti