

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Kemenkuham, 2009). Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Kemenkumham, 2009).

Rumah sakit merupakan satu sistem/bagian dari sistem pelayanan kesehatan mempunyai tiga pilar otoritas, yang masing-masing bekerja secara otonom namun harus terkoordinasi dalam sistem tersebut. Ketiga pilar tersebut adalah pilar pemilik, pilar profesional kesehatan dan pilar manajemen. Ketiga pilar tersebut masing-masing mempunyai hirarki kekuasaan/kewenangan (*hierarchy of power*), yang mempunyai sifat dan karakteristik yang berbeda. Keserasian dan ketidakserasian antara pilar tersebut menentukan berhasil tidaknya misi satu rumah sakit (Hatta, 2011).

2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan promotif adalah kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan, pelayanan kesehatan preventif adalah kegiatan pencegahan dengan suatu masalah kesehatan atau penyakit, dan pelayanan kesehatan kuratif adalah kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin, serta pelayanan rehabilitatif adalah kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya, untuk menjalankan tugas tersebut rumah sakit mempunyai fungsi:

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 teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Undang-undang No 44 Tahun 2009).

3. Tujuan Rumah Sakit

Tujuan rumah sakit menurut Undang-undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit :

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
2. Memberikan perlindungan yang baik dengan keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit
3. Meningkatkan mutu, kualitas untuk mempertahankan standar pelayanan rumah sakit
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat sumber daya manusia rumah sakit.

4. Rawat Inap

Rawat inap adalah salah satu proses rehabilitasi atau pengobatan yang diberikan oleh petugas pelayanan kesehatan profesional pada pasien yang memiliki suatu penyakit tertentu, dengan cara dirawat inap pada ruang rawat inap tertentu sesuai dengan jenis penyakit yang dimiliki (Depkes RI, 2010).

Pelayanan rawat inap terdiri atas:

1. Rawat siang hari (*day care*)
2. Rawat sehari (*one day care*)
3. Rawat *intensive*
4. Perawatan di kamar operasi
5. Perawatan di kamar bersalin dan
6. Perawatan di kamar tindakan lainnya (Peraturan Menteri Kesehatan No. 12, 2013).

B. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter dan dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang telah dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan (Permenkes No. 269 Tahun 2008).

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 memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien (Hatta, 2008).

2. Tujuan Rekam Medis

Rekam Medis mempunyai 2 tujuan antara lain :

a. Tujuan Primer

1. Untuk kepentingan pasien, rekam kesehatan merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
2. Untuk kepentingan pelayanan pasien, rekam kesehatan mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis, dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien. Rekaman dengan rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Selain itu rekam kesehatan setiap pasien juga berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dapat dipertanggung jawabkan secara hukum. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data/informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas.
3. Untuk kepentingan manajemen pelayanan, rekam kesehatan yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit,

menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.

4. Untuk kepentingan penunjang pelayanan, rekam kesehatan yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber – sumber yang ada pada organisasi pelayanan di rumah sakit, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.
5. Untuk kepentingan pembiayaan, rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi (Hatta, 2010).

b. Tujuan Sekunder

Tujuan sekunder rekam kesehatan ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan. Adapun yang dikelompokkan dalam kegunaan sekunder adalah kegiatan yang tidak berhubungan secara spesifik antara pasien dan tenaga kesehatan (Hatta,2010).

3. Koding

Koding adalah pemberian penetapan kode diagnosis menggunakan huruf atau angka kombinasi huruf dalam rangka mewakili komponen data, sedangkan pengkodean adalah bagian dari usaha pengorganisasian proses penyimpanan dan

pengambilan kembali data memberi kemudahan bagi penyajian informasi terkait (Ayu & Ernawati, 2012).

Tahap - tahap pemberian kode diagnosis dan tindakan adalah sebagai berikut:

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan buka volume 3 *Alphabetical index* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit, cedera atau kondisi lain yang terdapat pada bab I-XIX dan XXI (Volume 1), digunakan sebagai “*lead term*” untuk digunakan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi 1 indeks (Volume 3).
2. “*lead term*” (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah
3. kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Baca dengan saksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.
4. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *lead term* (kata dalam tanda kurung = *modifier*, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang dibawah *lead term* (dengan tanda (-) minus=idem=indent) terdapat mempengaruhi nomor kode, sehingga kata-kata diagnostik harus diperhitungkan.

5. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam *indeks*.
6. Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari kode yang paling tepat. Lihat kode 3 karakter di *indeks* dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam *indeks*.
7. Ikuti pedoman inclusion pada kode yang dipilih atau bagian bahwa suatu bab (*chapter*), blok, kategori, atau sub kategori.
8. Tentukan kode yang anda pilih
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan kode tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien,menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan (Hatta, 2008).

C. Metode Pembayaran Rumah Sakit

Terdapat dua metode pembayaran yang digunakan di rumah sakit, yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan pada setiap aktivitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar

tarif yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *out of pocket* (OOP) dan *Free For Service* (FFS) (Permenkes, 2014).

Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, Perdiem, Kapitasi dan *cash based payment* yaitu INA-CBGs (Permenkes, 2014).

1. Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)

Aplikasi sistem INA-CBGs merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Aplikasi sistem INA-CBGs sudah terinstal di rumah sakit yang melayani peserta JKN, yang digunakan untuk JKN adalah INA-CBGs.

Dasar pengelompokan dalam Sistem INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dari tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan *International Classification of Diseases* (ICD 10) untuk diagnosis dan *International Classification of Diseases* (ICD 9) *Clinical Modification* (CM) untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa aplikasi INA-CBGs sehingga dihasilkan 1.077 group/kelompok kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi *alphabet* dan *numeric* dengan contoh sebagai berikut:



Sumber : (Permenkes, 2014)

Gambar 2.1 Struktur Kode Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)

Keterangan :

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*) CMGs adalah klasifikasi tahap pertama dilabelkan dengan huruf *Alphabet* (A to Z)
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus. Sub-grup kedua yang menunjukkan tipe kasus (1-9).
3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus Sub-grup ketiga menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan *numeric* mulai 1 sampai dengan 99.
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*. Sub-grup keempat merupakan resource *severity level* yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan.

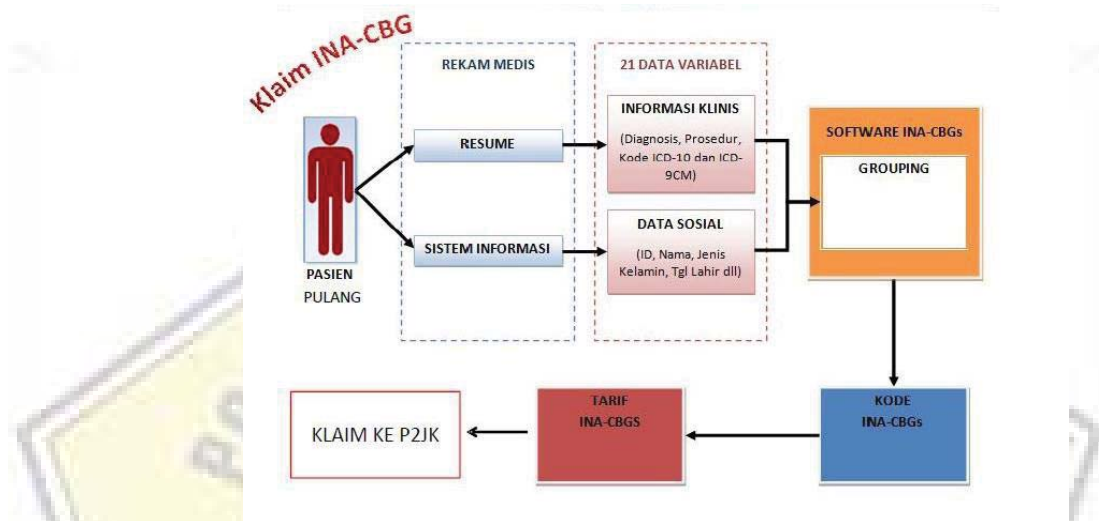
Keparahan kasus dalam INA-CBGs terbagi menjadi :

1. “0” Untuk Rawat Jalan
2. “I – Ringan” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditas)
3. “II – Sedang” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditas)
4. “III – Berat” untuk rawat inap keparahan 3 (major komplikasi dan komorbiditas)

Istilah ringan, sedang dan berat dalam deskripsi dari kode INA-CBGs bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun diagnosis atau prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (*severity level*) yang dipengaruhi oleh diagnosa sekunder (komplikasi dan komorbiditas) menggunakan aplikasi INA-CBGs, rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh direktorat jendral pelayanan kesehatan, selanjutnya akan dilakukan aktivasi software INA-CBGs, setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya.

Bagi rumah sakit yang ingin melakukan aktivasi INA-CBGs dapat mengunduh database rumah sakit sesuai dengan data rumah sakit di *websate buk.depkes.go.id* proses entry data pasien kedalam aplikasi INA-CBGs, dilakukan

setelah pasien mendapat pelayanan dirumah sakit (setelah pasien pulang dari rumah sakit), data yang diperlukan berasal dari resume medis, sesuai dengan alur bagan sebagai berikut:



Sumber : (Permenkes, 2014)

Gambar 2.2 Alur entry data software INA-CBG's

Implementasi JKN telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dengan menggunakan sistem INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013. Tarif ini berlaku mulai 1 Januari 2014 yang telah disesuaikan dengan tarif INA-CBGs Jamkesmas dan ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Pembiayaan kesehatan

merupakan bagian yang penting dalam implementasi JKN. Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* dengan provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* mau melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang telah diharapkan tujuan diatas bias tercapai (Kulo, 2014).

D. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pelayanan Kesehatan pada JKN menyebutkan bahwa 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 atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Permenkes, 2013).

Kesehatan adalah kebutuhan primer manusia untuk menjalankan fungsi dan perannya sehingga mampu memperoleh kesejahteraan dan menjadi hak bagi setiap warga negara. Namun ketidakmerataan akses pelayanan kesehatan di setiap daerah menyebabkan tidak banyak masyarakat yang mendapatkan fasilitas pelayanan yang memadai. Sehingga pada tahun 2000 dikeluarkan konsep pengembangan SJSN yang kemudian disahkan menjadi Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN yang di dalamnya terdapat JKN sebagai salah satu dari beberapa program unggulan yang akan dilaksanakan oleh Indonesia.

Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui JKN. Usaha kearah itu sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero). Masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

JKN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, serta bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Selain itu, melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, dan memasuki usia lanjut atau pensiun. Sehingga untuk mendukung pelaksanaan program tersebut pemerintah membentuk suatu badan penyelenggaraan SJSN yang kemudian disahkan pada tanggal 29 Oktober 2011 dan dirumuskan ke Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 BPJS.

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan. BPJS Kesehatan dibentuk dengan UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang SJSN dan UU Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS. BPJS

Kesehatan berbadan hukum publik yang bertanggungjawab langsung kepada presiden. BPJS Kesehatan berkedudukan dan berkantor pusat di ibu kota negara RI. BPJS Kesehatan memiliki kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten/kota. Dalam rangka melaksanakan fungsi sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia (Buku Pedoman BPJS, 2014).

BPJS Kesehatan diberi kewenangan untuk (Buku Pedoman BPJS, 2014) :

1. Menagih pembayaran iuran;
 2. Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
 3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya;
 4. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah.
2. Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Klaim asuransi kesehatan adalah sebuah permintaan yang dibuat oleh pelayanan kesehatan yang sudah dilakukan dengan peserta asuransi (Mutia, 2017). Klaim adalah suatu permintaan salah satu dan dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya terpenuhi. Satu dan dua pihak yang melakukan ikatan tersebut akan

mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian atau provisi polis yang disepakati bersama oleh kedua pihak (Ilyas, 2006).

Klaim BPJS Kesehatan terdiri dan beberapa tahap yaitu kelengkapan admisnitrasi klaim, klaim di fasilitas kesehatan tingkat lanjut, verifikasi di pelayanan kesehatan, proses verifikasi klaim, verifikasi menggunakan *software*

a. Kelengkapan Administrasi Klaim Faskes BPJS Kesehatan

Kelengkapan administrasi klaim secara umum berdasarkan buku panduan praktis administrasi klaim faskes BPJS Kesehatan antara lain sebagai berikut :

1. Kelengkapan administrasi klaim secara umum di fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi : a) Formulir pengajuan klaim rangkap tiga, b) Softcopy data pelayanan bagi fasilitas kesehatan yang telah menggunakan aplikasi *P-Care*/aplikasi BPJS Kesehatan lain atau rekapitulasi pelayanan secara manual untuk fasilitas kesehatan yang belum menggunakan aplikasi *P-Care*, c) Kwitansi asli bermaterai cukup, d) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga dan e) Kelengkapan yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

2. Kelengkapan administrasi klaim secara umum di fasilitas kesehatan tingkat lanjut meliputi : a) Formulir pengajuan klaim rangkap tiga, b) Softcopy iuran aplikasi, c) Kuitansi asli bermaterai cukup, d) Bukti

pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, dan e) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

b. Klaim di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut

Klaim di fasilitas kesehatan tingkat lanjut berdasarkan buku panduan praktis administrasi klaim faskes BPJS Kesehatan dibedakan menjadi dua bagian yaitu klaim rawat jalan tingkat lanjut dan klaim rawat inap tingkat lanjut :

1. Klaim Rawat Jalan Tingkat Lanjut

- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjut dibayar dengan paket INA-CBG's tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
- b. Tarif INA-CBG's sesuai dengan ketentuan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam PERMENKES Nomor 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-CBG's 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-CBG's kementerian kesehatan yang berlaku.
 - e. Klaim diajukan kepada kantor cabang/kantor cabang operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:
 - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP), b) resume medis, c) laporan status pasien dan keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan ,d) 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.
2. Klaim Rawat Inap Tingkat Lanjut
- a. Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjut dibayar dengan paket INA-CBG's tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
 - b. Tarif paket INA-CBG's sesuai dengan ketentuan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes Nomor 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-CBG's 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 dalam bentuk softcopy (Iuran aplikasi INA-CBG's Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan hardcopy (berkas pendukung klaim).
- e. Tagihan klaim di fasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapatkan persetujuan dan ditandatangani direktur/kepala fasilitas kesehatan lanjutan dan petugas verifikator BPJS Kesehatan.
- f. Klaim diajukan kepada kantor cabang/kantor cabang operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut: rekapitulasi pelayanan, berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari: a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP), b) Surat perintah rawat inap, c) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP, d) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila dilakukan), misal: protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat

khusus, e) rincian tagihan rumah sakit (*manual atau automatic billing*), f) berkas pendukung lain yang diperlukan (Surbakti, 2019).

c. Gambaran umum proses Klaim BPJS Rawat Inap

Setiap bulan penjaminan klaim akan mengajukan klaim kepada BPJS agar pihak rumah sakit mendapatkan pembayaran klaim atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta BPJS kesehatan. Klaim yang diajukan seringkali juga mengalami kendala seperti kesalahan dan ketidaksesuaian dalam pengajuan klaim sehingga klaim akan tertunda pembayarannya dan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilakukan verifikasi ulang. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan februari 2023, dari 2.853 yang diklaimkan dan 165 (6%) berkas yang dikembalikan oleh pihak BPJS kerumah sakit dikarenakan terdapat ketidaksesuaian dari administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan administrasi pelayanan Kesehatan.

d. Administrasi Kepesertaan

Verifikasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBGs. Apabila terjadi ketidaksesuaian data maka berkas akan dikembalikan untuk diperbaiki. Jika semua data telah diperbaiki dan dilengkapi maka klaim dapat diajukan kepada pihak BPJS (Asis dkk, 2017).

e. Administrasi Pelayanan

Dalam melakukan verifikasi administrasi pelayanan yang harus diperhatikan terdiri dari :

1. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan tentang kelengkapan berkas yang meliputi surat perintah rawat inap, resume medis, dan bukti pendukung.
2. Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi.
3. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan direktur rumah sakit secara tertulis dan perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut (Cahyaningtyas, 2020).

f. Administrasi Pelayanan Kesehatan

Pada saat verifikasi berkas klaim di pelayanann kesehatan berdasarkan Buku Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan terdapat beberapa hal penting yang harus diperhatikan antara lain :

1. Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosa dan prosedur pada tagihan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopy-nya*). Ketentuan koding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam juknis INA-CBG's.
2. 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. Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka dihitung sebagai periode baru.
3. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) termasuk rawat jalan.
4. Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.

5. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.
6. Pada kasus special CMG, bukti pendukung adalah : a) *Special Drugs : product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim, b) *Special Procedure* : laporan asli (lihat), c) *Special Procedure : product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim, d) *Special Procedure : expertise* pemeriksaan (lihat), e) *Special Chronic & Sub-acute* : instrumen WHO.
7. Apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosa penyakit (P), hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau *multiple* (Z38)
8. Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosa 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.
9. Apabila ada dua kondisi atau kondisis utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut, contoh:

Kondisi utama : *Renal failure*

Kondisi lain : *Hypertensive renal disease*

Diberi kode *Hypertensive renal disease with renal failure* (I12.0)

10. Berdasarkan diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah, contoh:

Diagnosis Utama : Hipertensi (I10)

Diagnosis Sekunder : Renal disease (N28.9)

Seharusnya dikode jadi satu yaitu Hypertensive renal disease (I12.9)

Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosa dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 atau *softcopy* nya) (Buku Petunjuk Verifikasi, 2014).

g. Proses Verifikasi Klaim

Proses verifikasi klaim berdasarkan Buku Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan dilakukan melalui beberapa tahap yaitu : Pemeriksaan berkas, yaitu pemeriksaan meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan, hal yang harus diperlakukan antara lain:

1. SEP meliputi :

- a. Dilegalisasi petugas BPJS Kesehatan
- b. Nomor SEP
- c. Identitas yang tertera di SEP (nomor kartu, nama, tanggal lahir, nomor RM, poli tujuan/ruang perawatan)
- d. Bandingkan data di SEP, lembar kerja dan berkas pendukung data di SEP harus sama dengan data di lembar kerja dan data di berkas pendukung. Pastikan unit rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP.

2. Resume Medis :

- e. Nomor RM dan identitas pasien (Nama, Tanggal lahir, dll)
- f. Tanggal pelayanan (Tanggal masuk dan tanggal pulang untuk pasien rawat inap)
- g. Diagnosa primer, diagnosa sekunder dan prosedur/tindakan
- h. DPJP : nama jelas dan tanda tangan
- i. Tanggal pelayanan sama dengan tanggal di SEP dan tanggal di Resume Medis
- j. Identitas di resume medis sama dengan identitas di SEP
- k. Diagnosa yang ditulis DPJP dalam resume medis sesuai dengan koding yang ditentukan koder pada aplikasi INA-CBG's

1. Prosedur atau tindakan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa primer dan diagnosa sekunder.

3. Melakukan Konfirmasi

Dalam hal ditemukan sesuatu yang perlu mendapat perhatian khusus maka bisa dilakukan konfirmasi. Hal ini dilakukan untuk memperoleh bukti atau mendapatkan informasi atas klaim-klaim yang mendapat perhatian, antara lain :

a. Konfirmasi administrasi

Yaitu melakukan konfirmasi kepada koder dengan meminta bukti-bukti pendukung/penunjang yang diperlukan, diagnosa primer maupun sekunder dan prosedur yang ada di dalam resume medis pasien.

b. Konfirmasi administrasi

Konfirmasi administrasi bukti-bukti spesial CMG. Dalam langkah-langkah konfirmasi tersebut diatas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki.

E. Dampak Pengembalian Berkas Klaim

Masalah yang terjadi pada proses klaim BPJS dapat berpengaruh besar dengan rumah sakit. Akibat yang ditimbulkan dari pengembalian klaim tersebut, petugas harus bekerja ulang untuk memperbaiki klaim yang dikembalikan. Pengembalian klaim dapat dilakukan kembali oleh verifikator setelah adanya revisi oleh petugas

terkait pengajuan klaim. Hal ini dapat menyebabkan petugas harus bekerja dua kali untuk memperbaiki klaim. Selain itu rekam medis yang tidak lengkap dapat mengurangi biaya klaim berdasarkan software INA-CBGs (Permenkes, 2014).

Pengembalian berkas klaim memiliki dampak yang sangat merugikan dengan rumah sakit karena akan memperlambat proses pembayaran klaim. Sesuai dengan ketentuan umum dalam administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kota BPJS Kesehatan. Dampak atau efek dari semua kesalahan berakibat pada pengembalian dokumen, sehingga petugas klaim harus bekerja dua kali untuk melengkapi dokumen yang kurang dan memperbaiki kesalahan serta pencairan dana dari BPJS akan terhambat. Terhambatnya pencairan dana bagi rumah sakit dapat berakibat pada rumah sakit yang harus mengeluarkan biaya operasional untuk menutup biaya yang lain (Furi, 2015).

Berkas yang tidak lengkap atau tidak sesuai yang dikembalikan ke rumah sakit akan berdampak dengan keuangan rumah sakit, keterlambatan pembayaran hutang kepada pihak ketiga juga berdampak pada mutu pelayanan sehingga tingkat kepuasan dapat menurun (Furi, 2015).

F. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

NO	Nama Peneliti	Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Hendra Rohman, Aris Wintolo, Endang Susilowati	2021	Analisis Penundaan Pembayaran Klaim Pada Sistem Vedika Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Nur Hidayah Yogyakarta	Deskriptif kualitatif dengan menggunakan teknik total sampling. Rancangan penelitian dengan menggunakan studi kasus. Instrumen penelitian yang digunakan checklist observasi, pedoman wawancara. Teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi.	Persentase jumlah pending claim pada sistem vedika BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Nur Hidayah mencapai 7% berkas yang dikembalikan. Faktor penyebabnya yaitu persentase ketidaktepatan pemberian coding 43%, ketidaktelitian berkas 23% dan diagnosa tidak sesuai kriteria 34%. Upaya yang dilakukan adalah dengan memberikan surat tugas pelatihan coding, melakukan pendekatan kepada DPJP dan melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang terlibat langsung dalam menangani pasien.

2	Antonius Artanto EP	2018	Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016	Penelitian bersifat kuantitatif dan kualitatif dengan metode deskriptif analitik menggunakan studi retrospektif dari data sekunder resume medis yang tidak lengkap dan wawancara serta diskusi	Hasil penelitian menunjukkan faktor yang mempengaruhi klaim tertunda adalah ketidaklengkapan resume medis yang didominasi ketiadaan tanda tangan Dokter Penganggungjawab Pasien (DPJP) disebabkan didapatkan adanya tugas ganda pada case manager sehingga terjadinya keterlambatan dalam penyelesaian resume medis elektronik.
3	Salma Firyal Nabila, Maya Weka Santi, Atma Deharj	2020	Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Rsupn Dr. Cipto Mangunkusumo	Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Hasil penelitian terkait SDM diperlukan penambahan jumlah sumber daya manusia serta sosialisasi pembaharuan dari aturan koding. Terkait Sarana dan Prasarana yaitu keterbatasan ruangan petugas koding diperlukan pertemuan secara rutin. Terkait Teknologi yaitu mendukung proses klaim berkas rekam medis pasien diintegrasikan dengan proses manajemen lain yang terdapat di SIMRS. Berdasarkan analisis proses terkait Perencanaan yaitu telah memiliki SOP penyelesaian permasalahan pending klaim.

4	Wayan Ary Santiasih, Asyiah Simanjorang, Beni Satria	2021	Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rsud Dr.Rm Djoelham Binjai	Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dengan menggunakan wawancara mendalam sebagai cara untuk mengumpulkan data	Hasil penelitian menunjukkan Pengembalian berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai terjadi karena ketidak sesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis, kesalahan petugas dalam proses penginputan, selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan.
5	Ariqpurna Bayu Triatmaja, Rossalina Adi Wijayanti, Novita Nuraini	2022	Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSU Haji Surabaya	Jenis penelitian ini adalah kualitatif deskriptif yaitu menarasikan hasil penelitian	Pada unsur man yang menjadi penyebab klaim pending adalah petugas masih merasa kesulitan dalam membaca diagnosa dan tindakan pasien dikarenakan penulisan dokter yang sulit terbaca, dan tidak tepatnya kode diagnosa dan tindakan yang dikarenakan adanya perbedaan persepsi antara koder dan verifikator BPJS. Pada unsur material yang menjadi penyebab klaim pending yaitu tidak lengkapnya berkas klaim seperti hasil pemeriksaan penunjang pasien. Pada unsur Method yang menyebabkan klaim pending adalah tidak terdapat SOP yang mengatur tentang pengisian

					<p>diagnosis khusus berkas klaim. Pada unsur machine yang menyebabkan klaim pending adalah komputer yang digunakan dalam proses pengajuan klaim sering mengalami loading lama dan sering mengalami gangguan jaringan. Pada unsur money dalam penelitian ini tidak menyebabkan klaim pending, karena petugas casemix tidak dapat mengetahui jumlah kerugian yang diakibatkan oleh klaim pending.</p>
--	--	--	--	--	---

