

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

1. Definisi

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009, rumah sakit didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan penyelenggara kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit dalam pelayanannya dituntut untuk harus dan terus memperhatikan mutu dan memprioritaskan keselamatan pasien. Mutu pelayanan didasarkan pada keamanan karakter, ketepatan waktu, efisiensi dan efektivitas dengan tetap berfokus pada pasien, adil dan terintegrasi. Optimalisasi mutu dilakukan dengan peningkatan mutu secara internal dan peningkatan mutu secara eksternal (Maulida & Djunawan, 2022).

2. Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (Kemenkes, 2009). Sedangkan fungsi rumah sakit antara lain:

- a. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan.

- b. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai dengan kebutuhan medis pada tingkat dua dan tiga.
- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan bagi sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan.
- d. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit.

3. Jenis Rumah Sakit

Rumah Sakit dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya seperti yang diatur berdasarkan Undang-Undang Nomor: 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 18 dan pasal 19. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum memberikan pelayanan pada semua bidang dan semua jenis diagnosa penyakit, sedangkan rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada salah satu bidang atau jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, dan kekhususan lainnya (Kemenkes, 2009).

4. Rawat Inap

Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari

pelaksana pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain. Rawat inap meliputi pelayanan kesehatan individualistis, dengan memberikan observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik, dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap. Di dalam ruang perawatan terdapat pelayanan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2020):

a. Pelayanan Tenaga Medis

Pelayanan medis dilakukan oleh tenaga medis. Tenaga medis adalah ahli kedokteran yang bertugas memberikan pelayanan medis kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan. Tenaga medis ini dapat sebagai dokter umum maupun dokter spesialis yang terlatih dan diharapkan memiliki rasa pengabdian yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Pasien selain mengharapkan tenaga medis yang dapat mengetahui dan menyembuhkan penyakitnya juga mengharapkan agar para tenaga medis tersebut dapat memberikan kasih sayang, rasa aman, penuh perhatian dan pengabdian, berusaha dengan sungguh-sungguh dan mengobati dan merawatnya (Kemenkes RI, 2020).

b. Pelayanan Tenaga Para Medis

Pelayanan tenaga medis berupa pelayanan kepada penderita dengan baik, yaitu memberikan pertolongan dengan dilandasi keahlian, kepada pasien-pasien yang mengalami gangguan fisik dan gangguan kejiwaan orang dalam masa penyembuhan dan orang-orang yang kurang sehat dan kurang kuat. Dengan pertolongan tersebut mereka yang membutuhkan pertolongan mampu belajar sendiri untuk hidup dengan keterbatasan yang ada dalam lingkungan (Kemenkes RI, 2020).

c. Lingkungan Fisik Ruang Perawatan

Lingkungan fisik perawatan yang tenang, nyaman, bersih, asri, aman, tentram dan sebagainya. Untuk menuju kearah itu sebenarnya RS telah mempunyai dasar acuan Permenkes No 982/92, tentang persyaratan kesehatan lingkungan RS antara lain:

1) Lokasi atau lingkungan RS. Rumah sakit harus dibangun di lokasi dan memiliki lingkungan sekitar yang tenang, nyaman,

aman, terhindar dari pencemaran, selalu dalam keadaan bersih.

2) Ruangan. Setiap ruangan dalam rumah sakit harus memiliki lantai dan dinding bersih, penerangan yang cukup, tersedia tempat sampah, bebas bau yang tidak sedap. Ruangan juga harus terbebas dari gangguan serangga, tikus, dan binatang pengganggu yang berisiko menjadi vector penyakit. Lubang

ventilasi yang cukup, menjamin penggantian udara dalam kamar dengan baik. Atap langit-langit, pintu sesuai syarat yang telah ditentukan dalam standar akreditasi.

Pemeliharaan rumah sakit, didalam maupun di lingkungan sekitar rumah sakit bukan hanya tugas pimpinan tapi menjadi tugas semua karyawan RS termasuk pasien dan pengunjung. Dengan demikian akan diperoleh suasana yang nyaman, asri, aman, tenteram, bebas dari segala gangguan sehingga dapat memberikan kepuasan pasien dalam membantu proses penyembuhan penyakitnya (Kemenkes RI, 2020).

d. Pelayanan Penunjang Medis

Tingkat kepuasan pasien rawat inap biasanya sangat bergantung pada kesiapan RS dalam sumber daya manusia (petugas) dan materi seperti bahan dan obat-obatan. Penyediaan fasilitas lain, sarana dan prasarana penunjang dalam ruangan yang modern seperti TV, AC, telepon dan lain-lain tergantung pada kebutuhan dan kemampuan pasien untuk membayar. Di dalam RS pelayanan kesehatan hampir seluruhnya merupakan pemberian obat. Bagian farmasi RS bertanggung jawab atas kuantitas maupun kualitasnya, baik dari mulai pengadaannya, pendistribusiannya sampai pada pengawasannya. Penyaluran pada pasien harus tepat dalam waktu, jumlah dan cara pemakaiannya. Demikian obat-obatan harus tersedia saat bila diperlukan dan memenuhi standar yang

diwajibkan. Pelayanan gizi di dalam rawat inap juga berperan penting, terutama dalam menunjang proses penyembuhan pasien. Makanan yang dihidangkan harus dalam jumlah perkiraan kebutuhan, enak dipandang, dapat dicerna dengan baik, bebas dari kontaminasi, memperhatikan nutrisi dan memenuhi standar resep, serta penyajiannya pada waktu yang tepat dan teratur. Pada hakekatnya pelayanan gizi adalah penerapan ilmu dan seni dalam membantu seseorang dalam keadaan sehat atau sakit untuk memilih dan memperoleh makanan yang sesuai guna memenuhi kebutuhan gizi tubuh. Di RS pelayanan ini ditunjukkan kepada pasien rawat inap, rawat jalan serta karyawan (Kemenkes, 2009).

e. Pelayanan Administrasi dan Keuangan

Untuk pasien umum, dibagian ini dilakukan prosedur penerimaan uang muka perawatan, penagihan berkala dan penyelesaian rekening pada saat pasien akan keluar dari RS. Untuk penyelesaian rekening, kuitansi harus dibuat rinci atas biaya pengobatan, pemeriksaan dan perawatan yang diperoleh pasien selama di RS. Sedangkan pada administrasi pasien cukup menyertakan berkas yang dibutuhkan, dan proses pengklaiman akan dilakukan oleh rumah sakit dengan pihak asuransi swasta maupun jaminan kesehatan nasional (Djuari, 2021).

B. Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas atau dokumen yang berisikan catatan mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, serta tindakan yang telah diberikan kepada pasien pada rekam medis elektronik, rekam medis melalui tahap pendaftaran, penerimaan berkas, indexing, assembling, filling dan coding (pengkodean), dimana perekam medis mengkodekan diagnosis penyakit ataupun tindakan pasien ke dalam ICD (*International Classification of Diseases*). Pengkodean (*Coding*) merupakan bagian yang tak bisa dipisahkan dalam rekam medis karena berperan dalam proses pengklaiman (Amran, 2023).

Tujuan penggunaan rekam medis adalah menunjang ketertiban administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sistem pengelolaan yang benar akan memberikan proses administrasi yang tertib. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Adapun kegunaan rekam medis dilihat dari berbagai aspek berikut (Amran, 2023):

1. Aspek Administrasi

Berkas rekam medis dinilai sebagai fungsi administratif karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis selama proses perawatan pasien

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik, dimana rekam medis menjadi catatan atau dokumentasi rencana tindakan atau rekaman

tindakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan atau yang sudah diberikan kepada seorang pasien.

3. Aspek Hukum

Rekam medis memiliki nilai buku yang akan menjadi jaminan kepastian hukum dengan dasar keadilan, dimana rekam medis ini akan menjadi alat kesaksian atau bukti resmi.

4. Aspek Keuangan

Rekam medis merekam seluruh tindakan dan penggunaan fasilitas pelayanan, kesehatan untuk menunjang diagnose dan terapi yang akan digunakan sebagai dasar dan bukti pengklaiman atau pembayaran yang jujur.

5. Aspek Penelitian

Rekam medis berisi data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Rekam medis menyimpan dokumentasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien serta respon klinis pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan pembuatan artikel maupun laporan kasus sebagai media pembelajaran.

7. Aspek Dokumen

Rekam medis berguna sebagai sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit (Djuari, 2021).

C. Koding

Koding merupakan tahapan dalam pengelolaan rekam medis yang dilakukan dengan pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosa yang ada didalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan. Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World Health Organization*) bertujuan untuk meyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Kecepatan dan ketepatan koding dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut (Amran, 2023).

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

1. Penentuan tipe pernyataan yang akan dikode dan buka volume 3 *Alphabetical index* (kamus). *Lead term* digunakan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi 1 indeks (Volume 3).
2. Kata panduan atau *lead term* digunakan untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya.

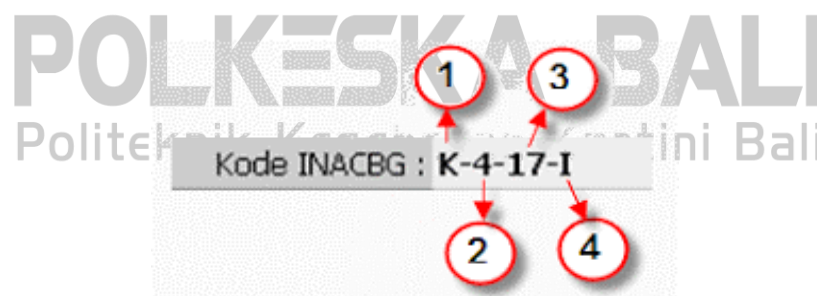
3. Kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Baca dengan saksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.
4. Istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *lead term* (kata dalam tanda kurung = *modifier*, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang dibawah *lead term* (dengan tanda (-) *minus=idem=indent*) terdapat mempengaruhi nomor kode, dalam hal ini, kata-kata diagnostik harus diperhitungkan.
5. Setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks diperhatikan secara seksama.
6. Daftar tabulasi (Volume 1) digunakan 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 sudah dipilih dan data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan kode tentang diagnosis utama kemudian dilakukan analisis kualitatif dan kuantitatif di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

D. Metode Pembayaran Rumah Sakit dengan KODE INA-CBGs

Untuk menunjang kegiatan operasionalnya, rumah sakit membutuhkan dana yang besar, demi menunjang pelayanan yang sebaiknya. Pembayaran rumah sakit merupakan tahap yang harus berjalan terus untuk menunjang hal ini, pembayaran rumah sakit dapat diartikan sebagai mekanisme pemberian dana kepada fasilitas kesehatan untuk mengganti biaya pelayanan yang telah dikeluarkannya. Secara luas, pembayaran rumah sakit dapat diartikan subsistem yang lain seperti kontrak, mekanisme akuntabilitas yang menyertai metode pembayaran, dan sistem informasi manajemen dan lain-lain bekerja bersama-sama untuk mencapai sebuah tujuan kebijakan. Hal ini dimungkinkan karena setiap metode pembayaran rumah sakit memunculkan insentif berupa sinyal-sinyal ekonomi yang akan direspon oleh rumah sakit untuk memaksimalkan keuntungannya (Sahir & Wijayanti, 2022).

Secara umum implementasi metode pembayaran dilakukan dengan suatu sistem yang yang dikenal di Indonesia sebagai INA-CBGs. Mekanisme pembayaran ini diharapkan dapat melakukan peningkatan efisiensi, transparansi, mengurangi lama hari rawat, peningkatan mutu layanan, memberikan ruang yang kondusif bagi persaingan rumah sakit, perencanaan, penganggaran serta peningkatan manajemen pelayanan meskipun dalam implementasinya masih banyak yang harus diperbaharui. Untuk mencapai optimalisasi ini, rumah sakit melakukan 3 strategi utama RS yaitu efisiensi dalam kasusnya, memaksimalkan tagihan di setiap klaimnya dan meningkatkan jumlah kasus.

Pola pembayaran kepada rumah sakit telah dilakukan dalam implementasi JKN, dimana pembayaran dilakukan dengan metode prospektif. Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Penetapan penyesuaian tarif baru INA-CBG Jamkesmas diberlakukan pada 1 Januari 2014, yang secara resmi ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (Sahir & Wijayanti, 2022). INA-CBGs melakukan pengelompokan menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Untuk mempermudah pengelompokan ini, aplikasi INA-CBG dibuat dan dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut (Permenkes RI No 27, 2014):



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

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*).
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus.

3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus.
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*.

E. BPJS

Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 menyatakan, bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem pendanaan ini layaknya subsidi silang yang didapat dari dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial. Dalam menjalankan tugasnya, pihak BPJS diberi kewenangan yang diatur dalam Buku Pedoman BPJS 2014 (Peraturan BPJS No 1, 2014). Adapun wewenang tersebut adalah :

- a. Melakukan penagihan iuran BPJS pada peserta non PBI;
- b. Melakukan penyimpanan dana pada investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan tetap memperhatikan aspek keamanan, likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, dan hasil yang memadai;
- c. Melakukan pemeriksaan dan monitoring atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya;

- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah.

1. Kepesertaan BPJS

Menurut Peraturan Presiden no 82 tahun 2018, setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan. Ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan dilaksanakan dengan cara mendaftar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan. Pada saat mendaftar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan, calon peserta berhak menentukan FKTP yang diinginkannya. Peserta dapat mengganti FKTP tempat peserta terdaftar setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan. Penggantian FKTP oleh peserta dapat dilakukan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan dengan kondisi sebagai berikut :

- a. Peserta pindah domisili dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan setelah terdaftar di FKTP awal, yang dibuktikan dengan surat keterangan domisili
- b. Peserta dalam penugasan dinas atau pelatihan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan, yang dibuktikan dengan surat keterangan penugasan atau pelatihan.

Penggantian FKTP mulai berlaku sejak tanggal 1 pada bulan berikutnya. Dalam hal kondisi peserta yang terdaftar di FKTP belum merata, BPJS Kesehatan dapat melakukan pemindahan peserta ke FKTP lain. Pemindahan peserta ke FKTP lain harus mempertimbangkan jumlah

peserta yang terdaftar, ketersediaan dokter, tenaga kesehatan selain dokter, dan sarana prasarana di FKTP (Permenkes RI No 27, 2014).

2. Klaim BPJS

a. Klaim

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Pembiayaan kesehatan ini merupakan bagian terpenting implementasi JKN yang diselenggarakan di rumah sakit oleh BPJS melalui pengajuan klaim. Untuk mendapatkan biaya ini, pihak rumah sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim. Pihak Rumah sakit akan mengajukan klaim dalam bentuk *hardcopy* maupun *softcopy*. Dikarenakan kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan (Permenkes RI No 27, 2014).

Dalam Peraturan menteri kesehatan No. 69 tahun 2013 metode pembayaran tersebut menggunakan tarif INA CBG's dimana baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis dan tindakan pasien dari kode INA CBG's (Permenkes RI No 27, 2014). 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*. Menurut Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim dan Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan tahun 2014, dalam verifikasi klaim terdapat beberapa tahapan (Permenkes RI No 27, 2014). Tahapan proses verifikasi klaim, yaitu:

1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan merupakan kegiatan penelitian kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBG's.

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Dalam verifikasi administrasi pelayanan, hal yang harus diperhatikan adalah kesesuaian berkas klaim dipersyaratkan sebagaimana tersebut pada poin 1a diatas (diuraikan termasuk

menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas).

Ketidak sesuaian yang ada akan menyebabkan berkas akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit (Sahir & Wijayanti,

2022). Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan

Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan dilakukan konfirmasi lebih lanjut. Setelah proses

pengklaiman dilakukan, pada kenyataannya tidak semua berkas akan berhasil dalam pengklaiman. Status pengklaiman BPJS dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu (Sahir & Wijayanti, 2022):

1) Status Klaim Layak yaitu klaim sudah di terima oleh sistem klaim, menandakan klaim sudah di proses dan klaim sudah sesuai.

2) Status Klaim Tidak Layak atau Pending ialah klaim pending yang terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit belum lengkap.

3) Status Klaim *Dispute* yakni terjadi jika dari hasil verifikasi klaim yang diajukan Rumah Sakit terdapat ketidaksesuaian atau ketidaksepakatan yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis sehingga harus diselesaikan oleh Provinsi atau Daerah bersama organisasi profesi melalui Tim Penyelesaian Klaim *Dispute* di daerah tersebut.

b. Pending Klaim

Pending Klaim merupakan salah satu tipe status klaim yang telah melewati proses verifikator oleh dokter BPJS Kesehatan pada proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang bersifat tidak lengkap dan mengalami status tidak layak karena ketidaksesuaian dengan data.

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 Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG's Edisi 2 disusun berdasarkan diagnosa dan prosedur terbanyak yang terdiri atas manual verifikasi terkait koding, aspek medis, dan administrasi. Diharapkan dengan adanya Manual Verifikasi Klaim INA CBG Edisi 2 ini dapat meminimalisir terjadinya *dispute claim* baik dari sisi koding, klinis, maupun administrasi (BPJS Kesehatan, 2018). Beberapa hal yang dapat menyebabkan pending klaim adalah :

1) Berkas yang tidak lengkap

Ketidak lengkapan berkas pelayanan yang menunjang dengan diagnosis dan prosedur yang tidak dilampirkan pada saat klaim dapat menyebabkan pending klaim. Ketidaklengkapan lembar formulir-formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan

berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Ketidaklengkapan berkas yang sering menjadi penyebab adalah ketidaksertaan berkas identitas lengkap pasien, lembar billing yang sesuai kelas pelayanan, lembar rawat inap, laporan tindakan maupun resume medis. Dalam resume medis harus meliputi perjalanan awal hingga akhir perawatan, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang mendukung diagnosis (BPJS Kesehatan, 2018).

2) Ketidaktepatan Koding

Ketidaktepatan koding merupakan hal kedua yang menjadi penyebab pending klaim. Kode diagnosis digunakan untuk perhitungan pembayaran dana rumah sakit. Ketidaksesuaian kode penyakit dan tindakan yang diberikan oleh koder akan ditindak oleh pihak BPJS. Berkas klaim yang masih dipending harus menunggu sampai rumah sakit melakukan perbaikan *coding diagnose* dan prosedur sampai dengan diajukan kembali sebagai klaim susulan. Resume medis manual sering menjadi kendala karena harus menuntut penginputan ulang kedalam sistem INA CBGs. Oleh karena itu, penyebab kesalahan input dapat dikarenakan koder kurang teliti, atau tulisan yang salah diinput akibat tulisan

tidak jelas, serta minimnya kemampuan petugas koder dapat menyebabkan pending klaim.

3) Kurangnya pemeriksaan penunjang

Laporan penunjang merupakan laporan dari suatu rangkaian pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap. Apabila laporan penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam pengajuan syarat klaim BPJS kesehatan pada verifikator BPJS maka akan dikembalikan untuk dilengkapi atau dilampirkan.

Kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean menjadi salah satu faktor penyebab pending klaim. Persyaratan yang tidak disertakan dalam resume medis yang tidak terisi atau terlambat pengembaliannya sehingga memperlambat proses pengajuan klaim BPJS karena harus menunggu dokter mengisi terlebih dahulu penunjang seperti laporan hasil laboratorium, rontgen, kultur, rekam jantung yang digunakan untuk diagnosis akan menyebabkan dugaan diagnosis dan tatalaksana yang dilakukan dokter dianggap tidak tepat dan menyebabkan berkas akan dipending (Sahir & Wijayanti, 2022).

4) Kurangnya *eviden* terapi

Ketidaksertaan lampiran bukti perawatan pada saat dilakukan perawatan akan menyebabkan pending klaim.

Ketidaksesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP) (Rohman et al., 2021).

F. Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul, Tahun, Tujuan dan Metode Penelitian		Hasil Penelitian
		Judul	Tahun	
1	Salma Firyal Nabila, Maya Weka Santi, Atma Deharja	<p>Judul Analisis Faktor Penyebab <i>Pending</i> Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo.</p> <p>Tahun 2020.</p> <p>Tujuan Untuk menggali lebih dalam mengenai faktor penyebab <i>pending</i> klaim akibat koding berkas rekam medis pasien rawat inap di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo dengan menganalisis pelaksanaan <i>coding</i> maupun <i>coder</i>.</p> <p>Metode Penelitian Metode penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi.</p>		<p>a. Berdasarkan analisis input terkait SDM yaitu untuk meringankan beban kerja petugas koding yang cukup tinggi diperlukan penambahan jumlah sumber daya manusia serta sosialisasi mengenai pembaharuan dari aturan koding.</p> <p>Pada analisis input terkait Sarana dan Prasarana yaitu keterbatasan ruangan petugas koding yang terpisah diperlukan pertemuan secara rutin yang dilakukan petugas koding di seluruh unit pelayanan. Pada analisis input terkait Teknologi yaitu mendukung proses klaim berkas rekam medis pasien diintegrasikan dengan proses manajemen lain yang terdapat di SIMRS RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo.</p>