

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit menurut WHO (*World Health Organization*) rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Sedangkan Rumah Sakit menurut PERMENKES No 3 tahun 2020 rumah sakit adalah institusi penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Horvath & Barrangou, 2010)

b. Tujuan Rumah Sakit

Menurut Undang Undang pasal 2 No 44 (2009) disebutkan “Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial”

Tujuan penyelenggaraan Rumah Sakit tidak lepas dari ketentuan bahwa masyarakat berhak atas kesehatan sebagaimana dirumuskan dalam berbagai ketentuan undang-undang, salah satunya dalam UU no 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Sementara itu pemerintah memiliki tanggung jawab untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, diantaranya dengan menyediakan fasilitas kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, dan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan adalah Rumah Sakit

c. hak dan kewajiban rumah sakit

Hak Rumah Sakit diatur dalam Pasal 61 angka 7 UU Nomor 11 (2020) tentang Cipta Kerja, sebagai berikut: memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;

1. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
2. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
3. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
4. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
5. melaksanakan fungsi sosial;

6. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
7. menyelenggarakan rekam medis;
8. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak meliputi sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
9. melaksanakan sistem rujukan;
10. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
11. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
12. menghormati dan melindungi hak pasien;
13. melaksanakan etika Rumah Sakit;
14. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
15. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
16. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
17. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
18. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan

19. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok

sedangkan Kewajiban Rumah Sakit diatur dalam Pasal 30 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, sebagai berikut:

1. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
2. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
3. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
4. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
5. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
6. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
7. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
8. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan

d. Tugas dan fungsi rumah sakit

Berdasarkan Pasal 4 Undang Undang No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menjelaskan Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Adapun tugas rumah sakit sebagai berikut:

1. Memberi pelayanan medis
2. Memberi pelayanan penunjang medis
3. Memberi pelayanan kedokteran kehakiman
4. Memberi pelayanan medis khusus
5. Memberi pelayanan rujukan kesehatan
6. Memberi pelayanan kedokteran gigi
7. Memberi pelayanan sosial
8. Memberi penyuluhan kesehatan
9. Memberi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan rawat intensif
10. Memberikan pendidikan medis secara umum dan khusus
11. Memberi fasilitas untuk penelitian dan pengembangan ilmu kesehatan
12. Membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi

Untuk menjalankan tugas sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 4, 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, dan
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 Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis menurut Permenkes No 24 Tahun 2022 “Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.” Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU praktik Kedokteran, yang di maksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Dirjen Yanmed (2006 : 11) Rekam Medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosis segala pelayanan, dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang

mendapatkan pelayanan darurat. Gemmalata Hatta juga mengungkapkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan

b. Tujuan Rekam Medis

Menurut Hatta (2009) tujuan rekam medis dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu tujuan primer dan tujuan sekunder.

1. Tujuan Primer

Tujuan primer rekam medis adalah ditujukan kepada hal yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien. Tujuan primer terbagi dalam lima kepentingan, yaitu:

- a. Untuk kepentingan pasien, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan disarana pelayanan kesehatan dengan segala serta konsekuensi biayanya.
- b. Untuk kepentingan pelayanan pasien, rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Untuk kepentingan manajemen pelayanan, rekam medis yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi didalam

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

- d. Untuk kepentingan menunjang pelayanan, rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan puskesmas, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengomunikasikan informasi diantara klinik yang berbeda.
- e. Untuk kepentingan pembiayaan, rekam medis yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar.

2. Tujuan Sekunder

Tujuan sekunder rekam medis ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan pasien namun tidak berhubungan secara spesifik, 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)

c. manfaat rekam medis

- 1. Pengobatan pasien Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

2. Peningkatan kualitas pelayanan membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
 3. Pendidikan dan penelitian Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
 4. Pembiayaan Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.
 5. Statistik kesehatan Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit – penyakit tertentu.
 6. Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.
- d. Kegunaan Aspek Rekam Medis

Kegunaan Rekam Medis menurut seorang pakar Gibony, menyatakan kegunaan rekam medis dikelompokkan dari beberapa

aspek yang biasa disebut dengan ALFRED, Berikut penjelasan singkat dari masing – masing aspek rekam medis (Utami, 2022) :

1. Aspek Administrasi (*Administrasion*)

Rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya mengenai tentang pelaksanaan pengelolaan sumber daya dan tanggung jawab sebagai tenaga medis untuk mencapai tujuan.

2. Aspek Hukum (*Legal*)

Dokumen rekam medis yang mempunyai nilai hukum, dan bisa digunakan untuk alat bukti hukum, karena isinya menyangkut masalah jaminan yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

3. Aspek Keuangan (*Financial*)

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai guna *financial* karena isinya terdapat data atau informasi yang nantinya digunakan sebagai aspek keuangan.

4. Aspek Penelitian (*Research*)

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai guna sebagai penelitian karena isinya yang mengenai data atau informasi yang dapat di pergunakan sebagai penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. Aspek Pendidikan (*Education*)

Berkas rekam medis yang mempunyai nilai dalam aspek pendidikan, karena isinya yang menyangkut data atau 14 informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan

pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, karena informasi tersebut dapat di pergunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

6. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya mengenai sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban laporan rumah sakit.

2.1.3 Pembiayaan Kesehatan

Salah satu subsistem dalam kesehatan nasional adalah subsistem pembiayaan kesehatan. Pembiayaan kesehatan merupakan upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan disediakan besarnya dana unruk menyelenggarakan dan memanfaatkan upaya kesehatan. Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan. Secara umum, sumber biaya kesehatan dapat dibedakan menjadi pembiayaan yang bersumber dari anggaran pemerintah dan pembiayaan yang bersumber dari anggaran masyarakat

Berdasarkan tujuan diatas, pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasinya dana secara adil, termanfaatkan secara tepat sasaran dan

berdaya-guna, menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2.1.4 Jaminan Kesehatan Nasional

a. Pengertian JKN

Sebelum membahas tentang asuransi kesehatan sosial, terdapat beberapa pengertian yang terkait dengan asuransi. Berikut penjelasan tentang asuransi kesehatan menurut UU No 40 tahun 2004 :

1. Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib untuk memberikan perlindungan kepada peserta atas resiko yang menimpa peserta dan anggota keluarganya .
2. Sistem jaminan nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan social.
3. Asuransi sosial adalah suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya.

Dari pengertian diatas Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional. Berdasarkan UU No 40 Tahun 2004 diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib.

b. Tujuan JKN

Jaminan kesehatan nasional memiliki tujuan untuk menjamin para peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan kebutuhan dasar kesehatan

c. Manfaat Jaminan Kesehatan

Berdasarkan Perpres RI No 82 tahun 2018 manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:

- a. administrasi pelayanan.
- b. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar
- c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik
- d. tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis
- e. pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
- f. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
- g. rehabilitasi medis;
- h. pelayanan darah
- i. pemulasaran jenazah Peserta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan
- j. pelayanan keluarga berencana

- k. perawatan inap nonintensif
- l. perawatan inap di ruang intensif

2.1.5 BPJS Kesehatan

a. Pengertian BPJS Kesehatan

BPJS adalah kependekan dari Badan Penyelenggara Jaminan sosial. BPJS merupakan program kesehatan dari pemerintah sebagai alat alternatif asuransi kesehatan bagi masyarakat. BPJS memiliki fungsi menyelenggarakan program jamina kesehatan yang mengacu pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional bahwa Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. BPJS sendiri terbagi menjadi 2 yaitu BPJS ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan.

b. Visi dan Misi BPJS Kesehatan

1. Visi BPJS Kesehatan

Menjadi badan penyelenggara yang dinamis, akuntabel, dan terpercaya untuk mewujudkan jaminan kesehatan yang berkualitas, berkelanjutan, berkeadilan dan inklusif

2. Misi BPJS Kesehatan

- a. Membangun kualitas layanan kepada peserta melalui layanan terintegrasi berbasis teknologi informasi

- b. Menjaga keberlanjutan program JKN-KIS dengan menyeimbangkan antara dana jaminan sosial dan biaya manfaat yang terkendali
- c. Memberikan jaminan kesehatan yang berkeadilan dan inklusif mencakup seluruh penduduk Indonesia
- d. Memperkuat engagement dengan meningkatkan sinergi dan kolaborasi pemangku kepentingan dalam mengimplementasikan program JKN-KIS
- e. Meningkatkan kapabilitas badan dalam menyelenggarakan program JKN-KIS secara efisien dan efektif yang akuntabel, berkehati-hatian dengan prinsip tata kelola yang baik, SDM yang produktif, mendorong transformasi digital serta inovasi yang berkelanjutan.

2.1.6 Klaim

a. Definisi Klaim

Klaim merupakan tagihan atas biaya pelayanan kesehatan bagi peserta asuransi kesehatan yang diajukan baik secara perorangan maupun secara kolektif oleh Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK). Menurut Ilyas (2006) klaim adalah permintaan salah satu dari dua belah pihak yang mempunyai ikatan agar haknya terpenuhi. (Patel, 2019).

b. Jenis Klaim

Pengajuan klaim yang masuk ke BPJS Kesehatan secara keseluruhan dapat dibagi menjadi dua kategori (BPJS Kesehatan, 2016) yaitu :

1. Klaim Kolektif

Klaim kolektif adalah klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan (faskes) atas biaya pelayanan seluruh peserta yang telah dilayani ataupun pembayaran yang bersifat prospektif dalam periode tertentu (satu bulan). Biaya pelayanan yang dilakukan secara kolektif adalah :

- a. Klaim pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
- b. Klaim persalinan di faskes tingkat pertama dan bidan
- c. Klaim pelayanan tingkat lanjutan, baik rawat jalan maupun rawat inap
- d. Klaim gawat darurat
- e. Klaim ambulan
- f. Klaim *Coordination Of Benefit* (COB) dari asuransi tambahan atau penjamin pelayanan kesehatan lainnya
- g. Klaim atas biaya pengiriman tenaga kesehatan dan penyediaan fasilitas kesehatan di daerah belum tersedia faskes yang memenuhi syarat.

2. Klaim Perorangan

Klaim perorangan adalah klaim yang diajukan oleh peserta secara perorangan untuk pelayanan tertentu yang telah dibayarkan terlebih dahulu oleh peserta tersebut. Biaya

pelayanan yang dapat diklaim secara perorangan adalah biaya kompensasi untuk pelayanan kesehatan bagi peserta di daerah belum tersedia faskes yang memenuhi syarat.

c. Ketentuan Umum Klaim di BPJS Kesehatan

Berdasarkan ketentuan BPJS Kesehatan (2016), adapun ketentuan umum klaim BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Faskes mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya
2. BPJS Kesehatan wajib membayar faskes atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/ Kota BPJS Kesehatan
3. BPJS Kesehatan wajib membayar ganti rugi kepada fasilitas kesehatan sebesar 1% dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap bulan keterlambatan.
4. Seluruh berkas dokumen penagihan klaim dan pertanggungjawaban dana disimpan oleh Rumah Sakit dan BPJS Kesehatan dan sewaktu – waktu dapat diaudit oleh yang berwenang. Apabila berkas dikembalikan oleh BPJS Kesehatan karena berkas tidak lengkap dan ketidaksesuaian kaidah coding maka akan terjadi penundaan pembayaran klaim atau penurunan tarif bagi rumah sakit.
5. Kadaluarsa klaim.

d. Proses Klaim pada BPJS Kesehatan

Berdasarkan petunjuk teknik Verifikasi Klaim dan Panduan Praktis Teknis BPJS Kesehatan tahun 2014, proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan sebagai berikut :

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Pada proses ini berkas klaim diantaranya Surat Eligibilitas Peserta (SEP) beserta berkas pendukung lainnya di input sesuai dengan data kepesertaannya kemudian diidentifikasi oleh verifikator.

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Pada proses ini dilakukan beberapa tahap yaitu :

- a. Mengoreksi berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan apakah sudah sesuai atau belum
- b. Mengembalikan berkas apabila terjadi ketidaksesuaian dan keabsahan berkas
- c. Menyesuaikan apakah tindakan operasi ditentukan oleh peugas medis yang berwenang berdasarkan peraturan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit

3. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Pada proses ini kesesuaian tagihan terhadap ICD 10 versi 2010 dan ICD 9 CM wajib dipastikan oleh verifikator. Ketentuan yang harus diperhatikan antara lain :

- a. Satu rangkaian konsultasi antara pasien dan dokter disertai pemeriksaan penunjang dan pemberian obat dilakukan dihari yang sama disebut satu episode rawat jalan. Namun, jika tidak

dapat dilakukan dihari yang sama tidak dapat disebut episode baru.

- b. Yang termasuk dalam pelayanan rawat jalan antara lain : pelayanan IGD, pelayanan *One Day Care* (ODC), dan pelayanan bedah sehari.
- c. Satu rangkaian perawatan lebih dari 6 jam di rumah sakit disebut episode rawat inap. Jika pasien telah mendapatkan pelayanan rawat inap berupa bangsal, ruang rawat inap, atau ruang perawatan intensif kurang dari 6 jam maka pasien tersebut disebut pasien rawat inap
- d. Pasien dari tindak lanjut rawat jalan, atau gawat darurat dinyatakan masuk rawat inap maka dihitung dalam satu episode rawat inap dan pelayanan sebelumnya sudah termasuk dalam satu episode rawat inap
- e. Diwajibkan melihat bukti-bukti pendukungnya jika termasuk kasus spesial contohnya CMG's
- f. Kode hidup di lokasi persalinan, tunggal atau *multiple* digunakan untuk kode bayi baru lahir
- g. Ketika pasien kontrol ulang dan diagnosis sama maka kode untuk diagnosis utamanya ada pada *alphabet Z* dan diagnosis sekunder untuk kondisi penyakitnya
- h. Ketika ada dua diagnosis yang saling berhubungan maka cukup menggunakan satu kode dalam ICD 10 versi 2010

- i. Dilakukan kode terpisah ketika ada kode yang diharuskan menjadi satu

4. Verifikasi menggunakan *Software* INA CBG'S

Pada proses ini dilakukan antara lain :

- a. Data penerbitan SEP meliputi nomor SEP, nomor kartu peserta, dan tanggal SEP divalidasi apakah sesuai dengan output data penagiham oleh Rumah Sakit di aplikasi INA CBG's atau biasa disebut tahap purifikasi data.
 - b. Memverifikasi administrasi dengan mencocokkan lembar kerja tagihan dan bukti pendukung, serta hasil entry data dari rumah sakit.
 - c. Melakukan pengecekan status klaim layak, tidak layak, dan pending berdasarkan administrasi.
 - d. Memverifikasi kode INA CBG's yang berpotensi salah, tidak sesuai, serta pemeriksaan bebas terhadap double klaim RITL ataupun RJTL.
 - e. Finalisasi klaim.
 - f. Mengecek status klaim yang pending.
 - g. Mencetak Formulir Persetujuan Klaim (FPK) dan lampiran klaim sebagai pelayanan umpan balik.
 - h. Mengirim berkas klaim.
- e. Proses Pengembalian Klaim

Pengembalian klaim merupakan proses identifikasi oleh verifikator mengenai kesesuaian dan keabsahan administrasi pelayanan yang

telah dilakukan oleh rumah sakit akan tetapi satu atau beberapa syaratnya tidak terpenuhi, sehingga permintaan tersebut tidak bias diproses atau dengan kata lain dikembalikan. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan pengajuan klaim dikembalikan antara lain :

1. Ketidaklengkapan administrasi klaim BPJS
2. Ketidaklengkapan kodefikasi dengan diagnosis tegak dokter dan tindakannya.

2.1.7 Administrasi Klaim

a. Definisi administrasi Klaim

Administrasi klaim menurut definisi *HIAA (Health Insurance Association of America)* adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. Dalam administrasi klaim melibatkan unsur – unsur sebagai berikut :

1. Tertanggung

Dalam hal ini tertanggung memiliki tugas sebagai yang melaporkan dan mengajukan berkas klaim kepada penanggung atau perusahaan asuransi. Dalam mengajukan berkas klaim, ada beberapa hal yang harus dipenuhi tertanggung, yaitu: melengkapi berkas-berkas klaim seperti: kuitansi asli, resep obat dan data lain, misalnya surat jaminan pelayanan (presertifikasi) untuk kasus rawat inap dan pembedahan

2. Pemegang polis

Untuk asuransi kesehatan kepesertaan kelompok polis biasanya dipegang oleh divisi. Pemegang polis juga harus melaporkan kepada pihak asuransi untuk memberikan informasi tentang peserta yang mengajukan klaim dan bertanggung masih eligible. dalam pengajuan klaim pemegang polis juga berperan untuk melakukan skiring kelengkapan berkas klaim dan eligibilitas pengaju klaim sebelum diajukan kepada pihak asuransi.

3. Perusahaan asuransi kesehatan

Dalam hal ini perusahaan asuransi harus dapat dan bersedia mengembangkan prinsip-prinsip manajemen klaim yang baik dan benar dan tidak merugikan tertanggung. Prosedur klaim yang diterapkan juga harus efektif dan efisien disamping harus mampu melakukan penekanan biaya. Perusahaan asuransi harus menyediakan pedoman dan petunjuk yang jelas mengenai prosedur dan proses klaim kepada setiap tertanggung terutama kepada pemegang polis.

4. Provider pelayanan kesehatan

Dalam administrasi klaim, provider pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik, apotik, maupun dokter praktik harus memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada tertanggung. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus sesuai dengan hak-hak

bertanggung jawab tentang pelayanan kesehatan yang dijamin oleh perusahaan.

5. Tujuan administrasi data
 - a. Membayar seluruh klaim yang telah diverifikasi dan tepat sesuai dengan polis.
 - b. Mengumpulkan dan mengelola data klaim yang tersedia untuk akuntan/laporan, statistik, analisa dan penyelidikan terhadap data yang meragukan dan data yang diperlukan untuk pembayaran
 - c. Melakukan penekanan biaya dalam rangka mencapai tujuan perusahaan dalam memperoleh profit yang maksimal.

Menurut Petunjuk Teknis, Pedoman Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional kabupaten/kota BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum antara lain sebagai berikut:

1. Rekapitulasi pelayanan
2. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
 - a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
 - b. Surat perintah rawat inap.
 - c. Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

3. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), seperti :
 - a. Laporan operasi
 - b. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat pemberian obat khusus
 - c. Perincian tagihan rumah sakit
 - d. Karakterist (manual atau *automatic billing*)
 - e. Berkas pendukung lain yang diperlukan.

2.1.8 Metode Pembayaran

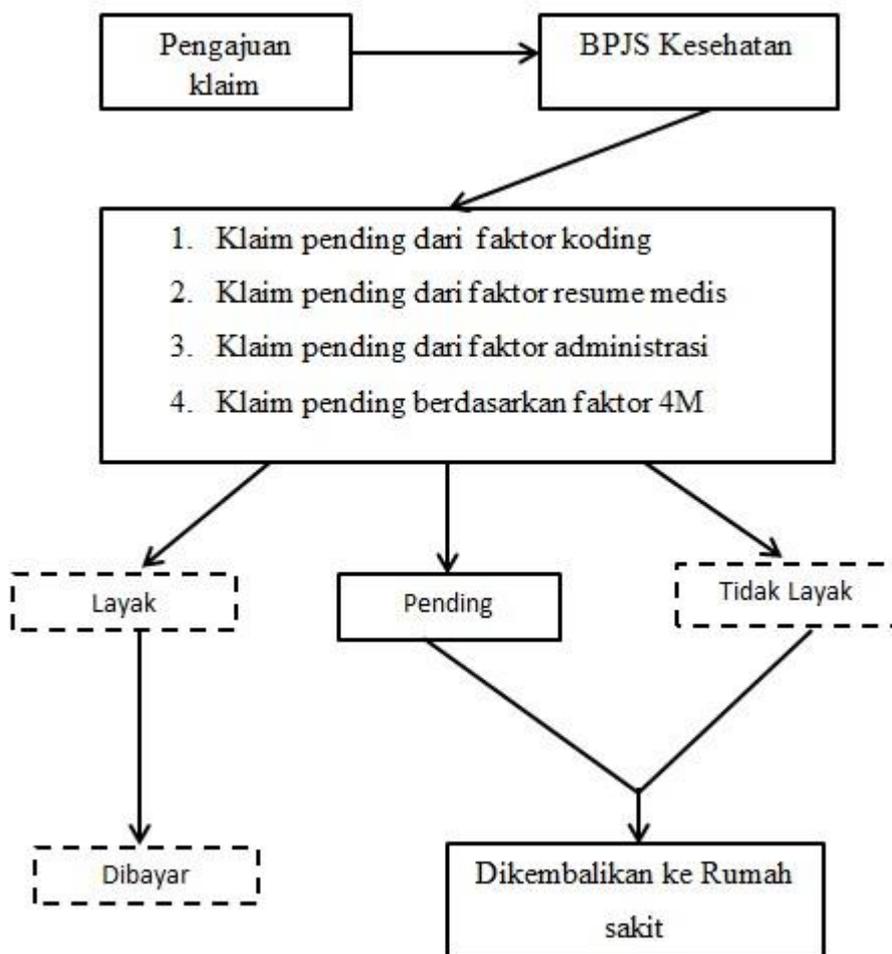
Cara pembayaran klaim BPJS yaitu dengan sistem INA CBGs. Berdasarkan Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 INA-CBG's merupakan singkatan dari *Indonesia Case base groups* yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah. Arti dari *Case Base Groups* (CBG) adalah cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama.

Sejumlah aspek yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBG's, yaitu diagnosis utama, adanya diagnosis sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*), tingkat keparahan, bentuk intervensi, serta umur pasien. Tarif INACBG's dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yaitu suatu rangkaian perawatan pasien sampai selesai. Dengan pola INA-CBG's, paket pembayaran sudah termasuk

1. konsultasi dokter.
2. pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, *roentgen* dll.

3. obat Formularium Nasional (Fornas) maupun obat bukan fornas.
 4. bahan dan alat medis habis pakai.
 5. akomodasi atau kamar perawatan.
 6. biaya lain yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien.
- Komponen biaya tersebut sudah termasuk ke dalam paket INA-CBG's, tidak dibebankan kepada pasien.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 kerangka konsep

————— = Diteliti

- - - - - = Tidak Diteliti

