

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

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

###### **2.1.1.1 Definisi Rumah Sakit**

Definisi rumah sakit menurut (Permenkes No. 3 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, 2020) menyebutkan bahwa “ Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”. Rumah sakit harus profesional dan mengutamakan penyembuhan penyakit yang dilakukan secara terpadu dan serasi dalam pelayanan kesehatan. Selain menjadi tempat pelayanan kesehatan, rumah sakit juga menjadi tempat pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan.

Menurut WHO (World Health Organization) rumah sakit merupakan bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat.

###### **2.1.1.2 Kewajiban dan Fungsi Rumah Sakit**

Menurut (Permenkes No. 24 , 2018), rumah sakit memiliki kewajiban dan fungsi yaitu melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan pemulihan dan penyembuhan dilaksanakan dengan serasi dan terpadu. Sedangkan fungsi rumah sakit yaitu :

- 1) Penyelenggara pelayanan pemulihan dan pengobatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit

- 2) Peningkatan dan pemeliharaan kesehatan perorangan dengan pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- 3) Penyelenggara pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
- 4) Penyelenggara pengembangan dan penelitian juga penapisan teknologi di bidang kesehatan untuk peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan.

### **2.1.2.3 Klasifikasi Rumah Sakit**

Menurut (Permenkes No. 3, 2020), berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan menjadi 2 macam yaitu :

#### 1) Rumah Sakit Umum

Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan 20 kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Klasifikasi Rumah Sakit Umum terdiri atas:

##### 1. Rumah Sakit Umum Kelas A

Memiliki ketersediaan tempat tidur rawat inap paling sedikit 250 buah

##### 2. Rumah Sakit Umum Kelas B

Memiliki ketersediaan tempat tidur rawat inap paling sedikit 200 buah

##### 3. Rumah Sakit Umum Kelas C

Memiliki ketersediaan tempat tidur rawat inap paling sedikit 100 buah

##### 4. Rumah Sakit Umum Kelas D

Memiliki ketersediaan tempat tidur rawat inap paling sedikit 50 buah

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit umum meliputi : 1) Pelayanan Medik dan Penunjang Medik

## 2) Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Rumah Sakit Khusus dapat menyelenggarakan pelayanan lain selain kekhususannya. Pelayanan lain selain kekhususannya terdiri atas pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan. Pelayanan rawat inap untuk pelayanan lain selain kekhususannya paling banyak 40% dari seluruh jumlah tempat tidur rawat inap. Klasifikasi Rumah Sakit Khusus terdiri atas :

### a. Rumah Sakit Khusus kelas A

Memiliki ketersediaan tempat tidur rawat inap paling sedikit 100 buah

### b. Rumah Sakit Khusus kelas B

Memiliki ketersediaan tempat tidur rawat inap paling sedikit 75 buah

### c. Rumah Sakit Khusus kelas C

Memiliki ketersediaan tempat tidur rawat inap paling sedikit 25 buah

## **2.1.2 Rekam Medis**

### **2.1.2.1 Definisi Rekam Medis**

Menurut (Permenkes No. 24, 2022) rekam medis merupakan dokumen berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Dalam melengkapi rekam medis harus memiliki data yang cukup tertulis dalam rangkaian kegiatan guna menghasilkan diagnosa, jaminan, pengobatan, dan hasil akhir. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnesa penentuan fisik laboratorium, diagnosis segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang

dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Prasasti dan Santoso, 2017)

Rekam medis diartikan sebagai keterangan yang terekam maupun tertulis yang memuat informasi yang cukup dan akurat tentang identitas pasien, anamnesis, 25 pemeriksaan, penentuan fisik, perjalanan penyakit, laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medis serta proses pengobatan yang diberikan kepada pasien, baik yang rawat inap, rawat jalan maupun pelayanan gawat darurat. Dokumentasi rekam medis merupakan hal yang penting untuk merekam temuan, dan pengamatan tentang riwayat kesehatan dan penyakit termasuk masa lalu dan sekarang, pemeriksaan tes, asuhan klinik (medis dan keperawatan) dan hasil merupakan bukti implementasi rencana asuhan pasien oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) (Mathar, 2018)

#### **2.1.2.2 Manfaat Rekam Medis**

Menurut (Wahyu Andrianto, 2021) manfaat rekam medis dalam Permenkes No.24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, manfaat rekam medis yaitu :

1. Administratif : Isi rekam medis mendeskripsikan mengenai tindakan, wewenang dan tanggung jawab medis
2. Hukum : Isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bukti dalam proses penegakan hukum
3. Keuangan : Isi rekam medis dapat dijadikan sebagai dasar penetapan biaya pelayanan medis
4. Penelitian : Isi rekam medis dapat dijadikan bahan penelitian untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
5. Pendidikan : Isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan atau referensi pembelajaran
6. Dokumentasi : Isi rekam medis dapat dijadikan sebagai dokumentasi atas tindakan medis yang telah dilakukan terhadap pasien

### 2.1.3 Sistem Pembayaran Kesehatan

Sistem pembayaran kesehatan yaitu fungsi sistem yang berkaitan dengan pengumpulan, alokasi dan mobilitas dana guna memenuhi kebutuhan kesehatan secara individu maupun kolektif (WHO). Sistem pembiayaan di Indonesia secara umum dibagi menjadi 2 yaitu *fee for service (Out Of Pocket)* dan *Health Insurance*. *Fee for service* sendiri adalah sistem pembayaran berdasarkan layanan, dimana pasien atau pencari layanan berobat kemudian membayar kepada pemberi pelayanan (PPK), sedangkan *health insurance* adalah pembayaran yang dilakukan oleh pihak ketiga atau asuransi setelah pasien atau pencari layanan kesehatan berobat. Sistem *health insurance* ini dapat berupa sistem kapitasi dan sistem diagnosis related group (DRG sistem).

Menurut (Permenkes No. 76, 2016) ada 2 jenis metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu :

#### 1. Pembayaran Retrospektif

Metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan pada setiap aktivitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan maka semakin besar biaya yang harus dibayarkan oleh pasien atau penerima layanan, contoh pembayaran retrospektif yaitu dengan metode *Fee For Services (FFS)*

#### 2. Pembayaran Prospektif

Metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besaran biayanya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif yaitu *global budget*, perdiem, kapitasi, dan *case based payment*.

##### 1. *Global Budget*

Pembayaran ini merupakan cara pendanaan rumah sakit oleh pemerintah atau asuransi kesehatan nasional dengan rumah sakit akan mendapatkan dana untuk biaya seluruh kegiatan dalam masa satu tahun.

##### 2. Perdiem

Pembayaran per diem adalah pembayaran yang disepakati di awal yang didasari dengan pembayaran per hari perawatan, tanpa mempertimbangkan biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit.

### 3. Kapitasi

Cara pengendalian biaya dengan menempatkan fasilitas kesehatan pada posisi yang menanggung risiko, seluruhnya maupun sebagian dengan cara menerima pembayaran atas dasar jiwa yang ditanggung

### 4. *Case Based Payment (casemix)*

Metode casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia dengan nama Ina-DRG (Indonesia Diagnosis Related Group). Metode ini menggunakan cara pembayaran dengan biaya satuan per diagnosis, bukan biaya satuan per jenis medis maupun non medis yang diberikan kepada pasien. Pada tanggal 31 September 2010 terjadi perubahan nomenklatur dari Ina-DRG menjadi Ina-CBGs (Indonesia Case Based Group) dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 2014, sistem Ina-CBGs digunakan menjadi metode pembayaran pelayanan rawat jalan maupun rawat inap di FKRTL.

#### **2.1.4 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Jaminan Kesehatan adalah perlindungan kesehatan untuk peserta agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan untuk diberikan kepada setiap orang yang membayar iuran jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sendiri merupakan program pemerintah dan masyarakat yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan menyeluruh bagi setiap penduduk untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera. Berdasarkan (Permenkes No. 1, 2014) beberapa pelayanan kesehatan yang dijamin pada pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan yaitu :

- a) Administrasi pelayanan
- b) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar
- c) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik

- d) Tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non bedah 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 non intensif
- l) Perawatan inap ruang intensif

### **2.1.5 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)**

Menurut (Perpres No. 82, 2018), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai diselenggarakan pada tanggal 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang sistemnya menggunakan sistem asuransi.

#### **2.1.5.1 Jenis Kepesertaan**

Menurut (Perpres No. 82 Tentang Jaminan Kesehatan , 2018) Tentang Jaminan Kesehatan peserta JKN adalah semua orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan. Peserta jaminan kesehatan meliputi :

##### **1. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) :**

Fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan. Terdiri dari :

PBI APBN dan PBI APBD

- a) Peserta PBI APBN adalah peserta yang ditanggung oleh pemerintah pusat dari dana APBN.

- b) Peserta PBI APBD adalah peserta yang ditanggung oleh pemerintah daerah dari dana APBD.
- 2. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI)
  - a. Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya, meliputi:
    - a. Pejabat Negara
    - b. pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
    - c. PNS
    - d. Prajurit
    - e. Anggota Polri
    - f. kepala desa dan perangkat desa
    - g. pegawai swasta
    - h. Pekerja/pegawai yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf g yang menerima Gaji atau Upah.
  - b. PBPU dan anggota keluarga
    - a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
    - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Gaji atau Upah.
  - c. BP dan anggota keluarganya
    - a. investor
    - b. Pemberi Kerja
    - c. penerima pensiun
    - d. Veteran
    - e. Perintis Kemerdekaan
    - f. janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan BP yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang mampu membayar Iuran.

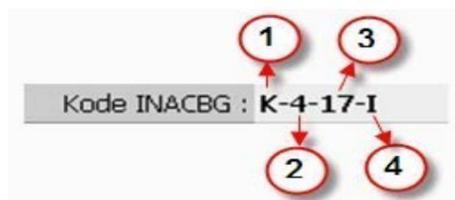
#### **2.1.6 Sistem Ina-CBGs**

Berdasarkan (Permenkes No. 59, 2014) terkait sistem Ina-CBGs yaitu besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas

Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Sistem Ina-CBGs merupakan salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh FKRTL yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Dalam Ina-CBGs terdapat beberapa komponen yang berhubungan dengan output pelayanan yaitu clinical pathway, koding dan teknologi informasi.

a) Struktur Kode Ina-Cbgs

Pengelompokan dalam Ina-Cbgs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosa akhir prosedur yang menjadi output pelayanan. Sistem teknologi informasi aplikasi Ina-CBGs menghasilkan 1.075 kelompok kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group kasus dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik.



Gambar 2.1 Struktur Kode Ina-CBGs

Keterangan :

1. Digit ke-1 (alfabetik) : menggambarkan kode CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 (numerik) : menggambarkan tipe kelompok kasus (*Case Groups*)
3. Digit ke-3 (numerik) : menggambarkan spesifikasi kelompok kasus
4. Digit ke-4 (romawi) : menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus

Struktur Kode Ina-CBGs :

1. *Case-Mix Main Groups* (CMG)

Klasifikasi tahap pertama yang dilabelkan dengan huruf alphabet (A sampai Z) yang disesuaikan dengan ICD 10 untuk setiap sistem organ tubuh manusia.

2. *Case Group*

Sub-group kedua yang menunjukkan spesifikasi atau tipe kelompok kasus, yang dilabelkan dengan angka 1 sampai 9

3. *Case type*

Sub-group ketiga menunjukkan spesifikasi CBGs dilambangkan dengan numerik mulai 01 sampai dengan 99.

4. *Severity Level*

Sub-group keempat menggambarkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas atau komplikasi dalam masa perawatan

### **2.1.7 Klaim**

Klaim menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Online (2020) diartikan sebagai tuntutan yang wajib dipenuhi oleh penanggung terhadap tertanggung yang sesuai dengan peraturan ataupun dan perjanjian yang telah disepakati. Klaim Bpjs sendiri adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015).

BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh rumah sakit dan diterima oleh BPJS Kesehatan "Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari maka berkas klaim dinyatakan lengkap" (Perpres No. 82 Tentang Jaminan Kesehatan , 2018). BPJS Kesehatan harus melakukan pembayaran kepada rumah sakit sesuai dengan klaim yang diajukan yang telah diverifikasi paling lambat 15 hari setelah diterbitkannya kelengkapan berkas klaim. Pengajuan klaim pembiayaan kesehatan oleh faskes pada BPJS Kesehatan

diberikan jangka waktu paling lambat 6 bulan sejak pelayanan yang diberikan. Jika BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran, BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada rumah sakit yaitu sebesar 1% dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 bulan keterlambatan (Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018).

#### **2.1.7.1 Manajemen Klaim FKRTL**

Berdasarkan (Peraturan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 7, 2018), BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) secara *Indonesia Case Base Groups (Ina-CBGs)* yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosa penyakit dan tindakan dan non paket Ina-CBGs untuk beberapa item pelayanan tertentu. Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL adalah sebagai berikut:

- a. Kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
  1. Surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan
  2. Kuitansi asli bermaterai
  3. Surat tanggung jawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh Pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat Direktur yang diberi kewenangan
- b. Kelengkapan khusus yang terdiri atas:
  1. Bukti pendukung pelayanan
  2. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim

Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket Ina-CBGs tanpa pengenaan iuran biaya kepada peserta. 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, akomodasi dan lain-lain. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan

berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi Ina-CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan *hard copy* (berkas pendukung klaim). Tagihan klaim pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur atau Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan. Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan RITL berdasarkan juknis verifikasi klaim (2014) adalah sebagai berikut:

- a) Lembar surat eligibilitas Peserta yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol tangan Peserta
- b) Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- c) Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi
- d) Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan
- e) Surat perintah rawat inap
- f) Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit
- g) Checklist klaim rumah sakit
- h) Luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan

#### **2.1.7.2 Kadaluarasa Klaim**

Fasilitas kesehatan memiliki masa dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Berdasarkan (Buku Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan , 2016), masa kadaluarsa pengajuan klaim terbagi menjadi 2 :

- 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

### **2.1.7.3 Verifikasi Klaim**

Hasil verifikasi klaim akan diberikan umpan balik berupa berita acara hasil verifikasi klaim. Berita acara hasil verifikasi klaim memuat keterangan:

- a) Layak yaitu Klaim yang sudah sesuai dan sudah disetujui oleh BPJS Kesehatan
- b) Tidak Layak yaitu Klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS yang tidak dapat di klaim kembali dan tidak dapat direvisi serta tidak akan dibayar oleh BPJS Kesehatan.
- c) Pending yaitu Klaim yang dikembalikan untuk revisi karena memerlukan data pendukung tambahan dan konfirmasi dari rumah sakit terkait data kesehatan, kesesuaian koding, maupun medis.
- d) Dispute yaitu ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atas klaim tersebut berdasarkan berita acara

### **2.1.7.4 Klaim Pending**

Klaim pending merupakan klaim yang sudah terverifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan namun belum dapat dibayarkan dikarenakan ketidaklengkapan ataupun memerlukan tambahan dan konfirmasi kembali sehingga harus dikembalikan ke rumah sakit. Pengembalian klaim berdampak terhadap keterlambatan pembayaran oleh BPJS Kesehatan. Beberapa aspek yang menyebabkan klaim pending antara lain (Hindun, Sri Rahayu dan Vican, 2023):

- a. Aspek kelengkapan pengisian resume medis  
Kelengkapan pengisian resume medis digunakan untuk mengetahui besarnya klaim yang dapat dibayarkan bergantung pada informasi yang terdapat dalam berkas resume medis. Klaim pending dari aspek kelengkapan pengisian resume medis disebabkan karena belum ada diagnosa utama dan diagnosa sekunder, tidak adanya tanda tangan DPJP.
- b. Aspek Administrasi

Aspek administrasi terhadap klaim pending disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan ke pihak BPJS Kesehatan. Berkas pendukung dalam pengajuan klaim seperti SEP, surat perintah rawat inap, ringkasan pasien pulang yang ditandatangani oleh DPJP dan bukti pelayanan medis lainnya.

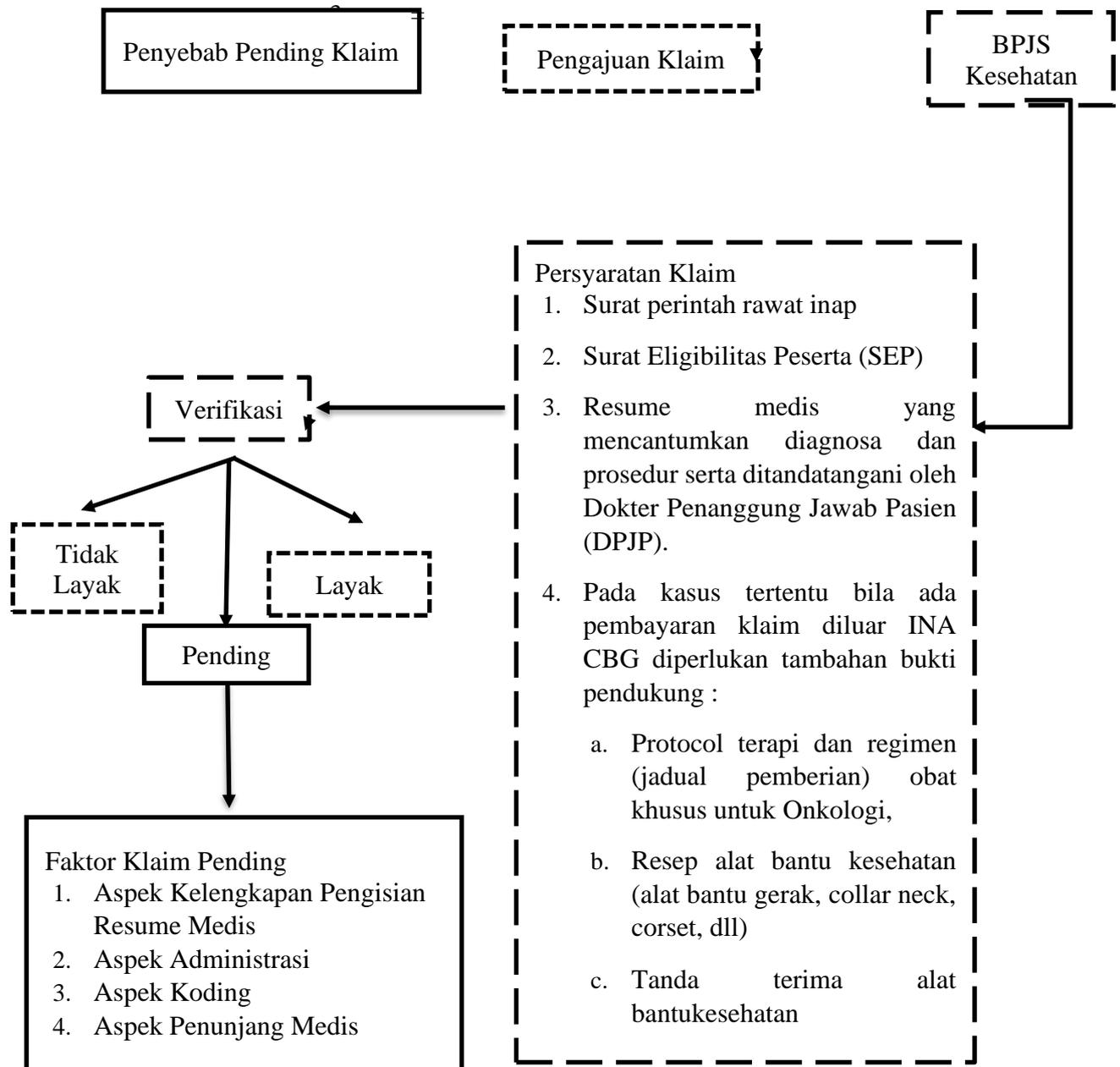
c. Aspek Koding

Koding merupakan kegiatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9 CM. Klaim pending dari aspek koding disebabkan karena adanya kesalahan dalam proses pengkodean, ketidaksesuaian kode dengan diagnosa penyakit ataupun tindakan, tulisan dokter yang tidak jelas.

d. Aspek Penunjang Medis

Laporan penunjang medis merupakan laporan hasil pelayanan penunjang untuk pasien yang melakukan pelayanan tambahan. Aspek penunjang medis terhadap klaim pending disebabkan oleh tidak melampirkan hasil pemeriksaan penunjang medis sebagai pendukung diagnosa.

### 2.1.8 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Diteliti = 

Tidak diteliti = 