

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.1.1 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh masyarakat Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. (Menteri Kesehatan, 2014)

2.1.2 Tujuan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pelaksanaan Program JKN bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah. (Widyati, 2011)

2.2 Rawat Jalan

2.2.1 Pengertian Rawat Jalan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 66/MENKES/11/1987 yang dimaksud Rawat Jalan dan Pelayanan Rawat Jalan, yaitu:

1. Rawat Jalan adalah pelayanan terhadap orang yang masuk rumah sakit/puskesmas/klinik, untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang inap.
2. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan yang diberikan di unit pelaksanaan fungsional rawat jalan terdiri dari poliklinik umum dan poliklinik spesialis serta unit gawat darurat.

Menurut Azrul (1996), pelayanan rawat jalan adalah satu bentuk dari pelayanan kedokteran yang secara sederhana. Pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam rawat inap (*Hospitalization*). (Azwar Azrul, 2014)

2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.3.1 Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dibentuk pemerintah untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta. BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang pending harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali. (Kurnia *et al.*, 2022)

2.3.2 Fungsi, Tugas, dan Wewenang BPJS

Dalam penyelenggaraanya, BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. (Widyati, 2011) BPJS

berfungsi :

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah;
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta;
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Dalam melaksanakan tugasnya BPJS berkewajiban untuk :

- a. Menagih pembayaran iuran
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek *likuiditas*, *solvabilitas*, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif

yang ditetapkan oleh Pemerintah;

- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Dalam melaksanakan kewenangan BPJS berhak untuk :

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggara program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan / atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

2.3.3 Hak dan Kewajiban Peserta BPJS

- a. Menurut Hastuti dan Fitri (2016)(Permatasari, 2023), hak dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan yaitu:

Hak peserta :

- 1. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan;

2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
4. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

b. Kewajiban Peserta :

1. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
2. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I;
3. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
4. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

2.4 Tinjauan Klaim

2.4.1 Definisi Klaim

Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan klaim sebagai tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak atas sesuatu. Dalam dunia kesehatan, klaim sering dikaitkan dengan Sistem *Reimbursement* atau penggantian biaya klaim dari Jaminan Kesehatan Nasional. Sistem *Reimbursement*

erat kaitannya dengan PMIK karena merupakan penerapan dari Kegunaan Rekam medis dalam salah satu aspek ALFRED (*Administrative, Legal, Financial, Research, Education & Documentation*) yaitu dalam aspek *Financial*.

Undang-Undang No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS ditetapkan didalam (Undang-Undang No.24 Tahun 2011) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang terdiri atas BPJS Kesehatan yang dahulunya merupakan PT Askes dan BPJS Ketenagakerjaan (Jamsostek). BPJS Kesehatan telah diimplementasikan sejak 1 Januari 2014.

2.4.2 Prosedur Klaim BPJS

Pelayanan kesehatan bagi peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis mulai dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), tempat dimana peserta tersebut terdaftar.

Apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) terdekat sesuai dengan sistem rujukan

yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas, yang tata cara rujukannya dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang ada pasal peraturan perundang-undangan(Mulyani, 2013)

2.4.3 Verifikasi Administrasi Klaim

Berkas klaim rawat jalan yang akan diverifikasi meliputi(Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan, 2014):

- a. Surat Elegabilitas Peserta (SEP)
- b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta di tandatangani oleh Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP).
- c. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INACBG diperlukan tambahan bukti pendukung :
 - i. Protokol terapi dan *regimen* (jadwal pemberian) obat khusus
 - ii. Resep alat kesehatan
 - iii. Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dan lain-lain)
- d. Total tarif tagihan selama perawatan dirumah sakit (*Billing*)

- e. Bukti pendukung klaim seperti (hasil bacaan laboratorium klinis dan patologi anatomi, radiologi, rekam medis pasien TB, *resume* tindakan *hemodialisa*, *colonoscopy*, *echocardiografi*, *electroencefalogram*, *endoscopy*, dan bukti pendukung lainnya(Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan, 2014).

Pada Permenkes No 28 tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim,(2014) menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat jalan tersebut ke rumah sakit.

Berkas-berkas yang dikembalikan merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus dilengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu berkas klaim yang pending ini, harus dikembalikan dalam kurun waktu selambat-lambatnya yaitu 6 (enam) bulan dari berkas tersebut dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Apabila pihak rumah sakit tidak mengembalikan berkas ini dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, maka berkas-berkas pasien BPJS rawat jalan akan dikembalikan (pending) tersebut tidak dapat diklaim oleh pihak BPJS Kesehatan dan menjadi data kadaluarsa.

2.4.4 Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus diperhatikan oleh rumah sakit pada kasus rawat jalan terhadap verifikasi pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Kesesuaian diagnosis dan prosedur rawat jalan pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopynya*).
- b. Episode adalah proses pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar dari Fasilitas Kesehatan, termasuk konsultasi dan pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang, maupun pemeriksaan lainnya (Menteri Kesehatan, 2015)

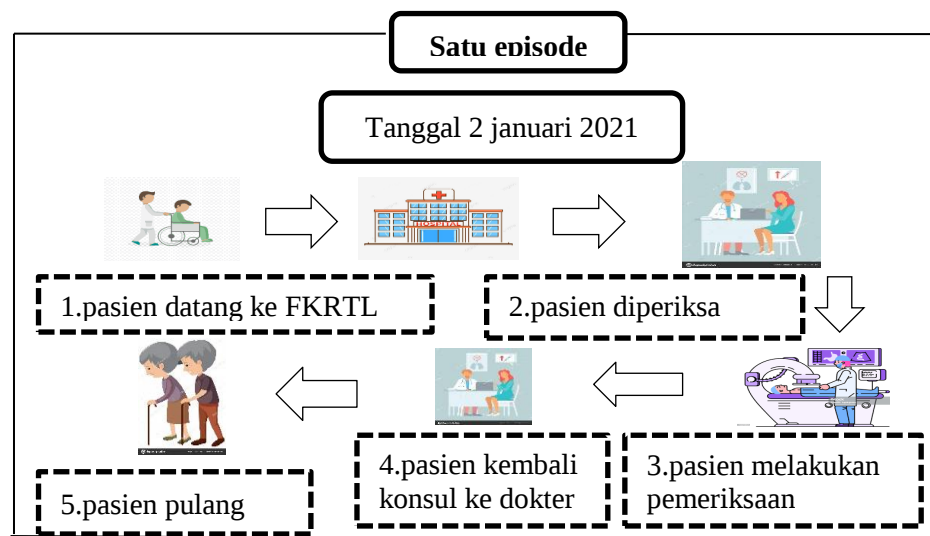
1 (satu) episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dan /atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan/atau tatalaksana yang diberikan pada hari pelayanan yang sama (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Beberapa Ketentuan tambahan terkait dengan episode rawat jalan yaitu :

- 1) Pada pemeriksaan penunjang yang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama yaitu pemeriksaan penunjang yang sesuai indikasi medis memerlukan persiapan khusus dan atau kendala kapasitas pelayanan penunjang maka tidak dihitung sebagai episode baru;

- 2) Pasien yang mendapatkan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan tersebut tidak dapat diselesaikan pada hari yang sama akan mendapatkan pelayanan konsultasi dokter lanjutan dan merupakan episode baru;

Contoh A :

Pasien A berkunjung ke dokter pada tanggal 2 Januari 2021 dan dilakukan pemeriksaan penunjang kemudian konsultasi ke dokter kembali pada hari yang sama, maka rangkaian tersebut adalah 1 (satu) episode.



Sumber:PMK No 26 tahun 2021

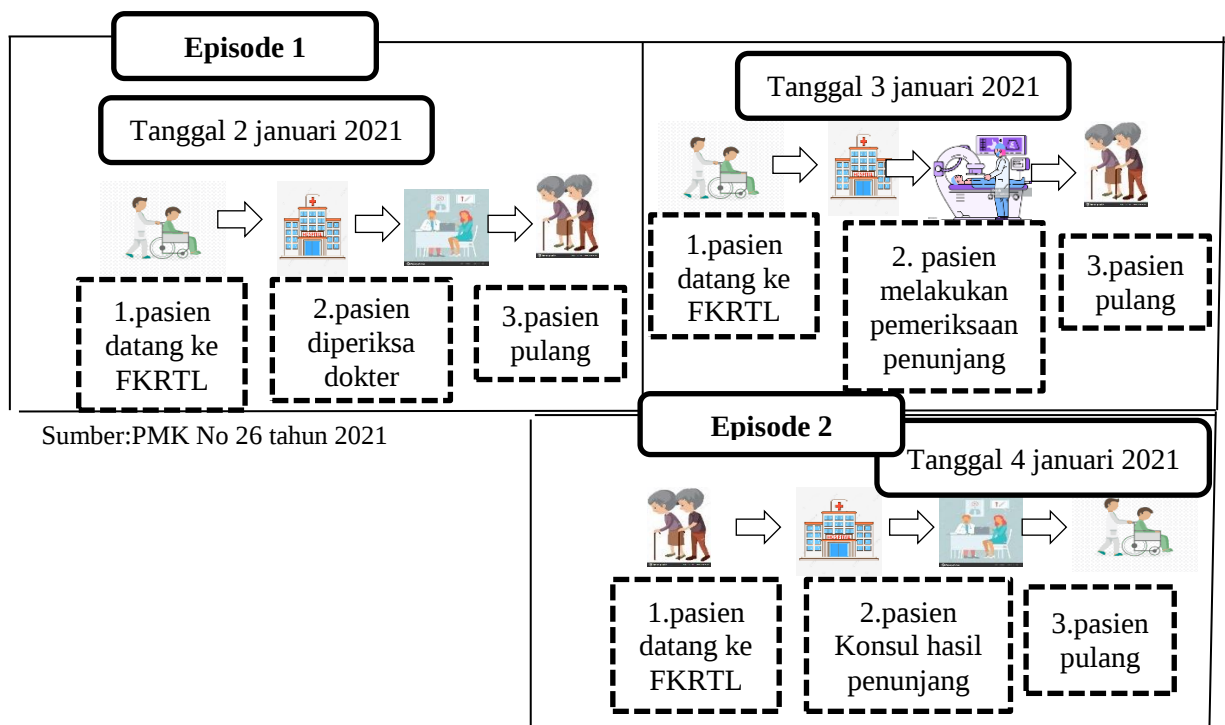
Gambar 2.1 Contoh "A" kasus satu episode rawat jalan

Contoh B :

Pasien B datang ke rumah sakit tanggal 2 Januari 2021 karena pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama, sehingga pemeriksaan penunjang dilakukan pada tanggal 3 Januari

2021. Pada tanggal 4 Januari 2021 pasien datang kembali untuk konsultasi ke dokter membawa hasil pemeriksaan penunjangnya. Maka episode pelayanan pasien B adalah 2 (dua) episode yaitu sebagai berikut :

- a) Episode pertama tanggal 2 Januari 2021 dan 3 Januari 2021 terdiri dari konsultasi dokter dan pemeriksaan penunjang.
- b) Episode kedua tanggal 4 Januari 2021 untuk konsultasi dokter dengan membawa hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan pada tanggal 3 Januari 2021.

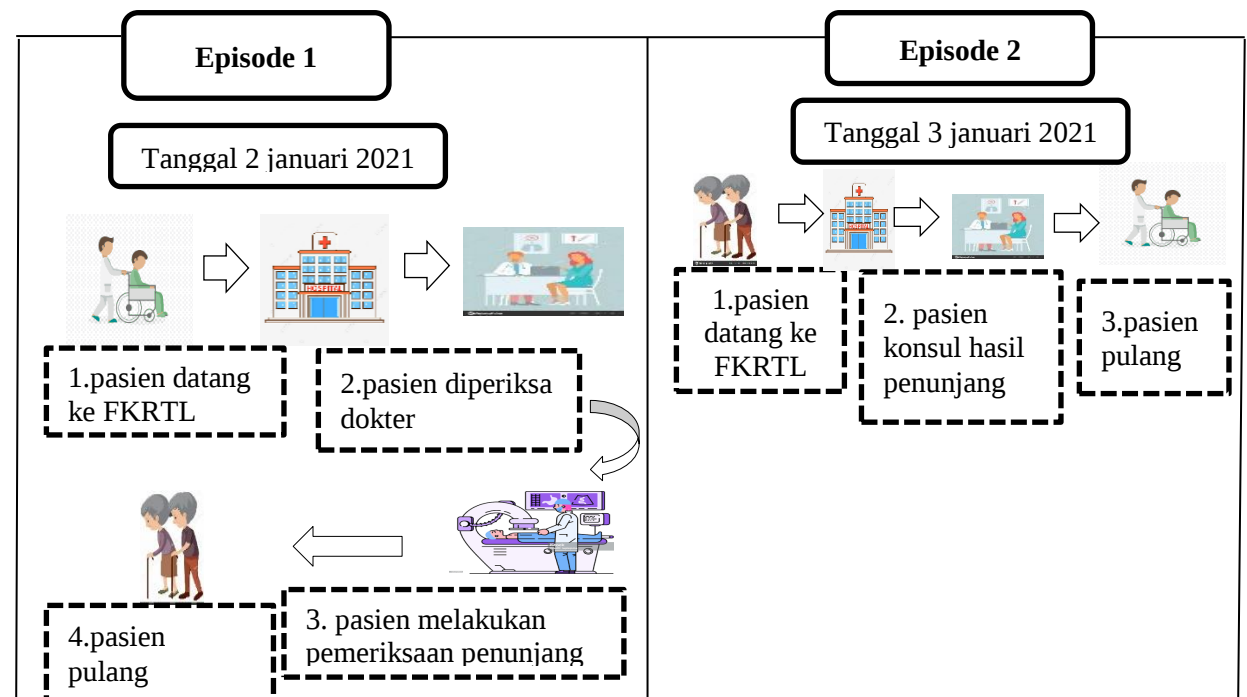


Gambar 2.2 Contoh” B” kasus satu episode rawat jalan

- 3) Pasien C datang ke rumah sakit tanggal 2 Januari 2021 dilanjutkan pemeriksaan penunjang pada hari yang sama, kemudian pada tanggal 3 Januari 2021 pasien datang kembali

untuk konsultasi ke dokter dengan membawa hasil pemeriksaan penunjangnya. Maka episode pelayanan pasien C adalah 2 (dua) episode yaitu sebagai berikut :

- a) Episode pertama tanggal 2 Januari 2021 terdiri dari konsultasi dokter dan pemeriksaan penunjang.
- b) Episode kedua tanggal 3 Januari 2021 untuk konsultasi dokter
- c) kembali dengan membawa hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan tanggal 2 Januari 2021.



Sumber:PMK No 26 tahun 2021

Gambar 2.3 Contoh “C” kasus satu episode rawat jalan

- c. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) termasuk rawat jalan.
- d. Pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis 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. Contoh penggunaan kode kontrol “Z” adalah : pasien periksa untuk yang ke dua kalinya ke poli saraf dengan diagnosis dari dokter adalah *hypertensi*, maka cara penginputan dalam *software INACBG’S* sebagai berikut:

Kode utama menggunakan kode kontrol yaitu “Z09.8”, sedangkan kode sekunder adalah kondisi penyakitnya menggunakan kode “I10”.

- e. Apabila ada dua kondisi, atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan, maka dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10. Contohnya adalah : kondisi utama adalah *Renal Failure* (Gagal Ginjal), kondisi lain adalah *Hypertensive Renal Disease* (Penyakit Ginjal Hipertensi), maka kode yang digunakan adalah *Hypertensive Renal Disease With Renal Failure* (“I12.0”).
- f. Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode menjadi satu, tetapi dikode terpisah. Contohnya adalah : diagnosis utama adalah *Hypertensi* (“I10”), diagnosis sekunder *Renal disease* (N28.9), maka kode yang seharusnya digunakan adalah *Hypertensive Renal Disease* (“I12.9”).

2.4.5 Jenis Klaim

Bentuk – bentuk klaim bermacam-macam dan umumnya di bagi menjadi dua(Diah. Adriana and Syarief. Muhammad, 2009), yaitu :

a. Klaim Wajar

Satu pihak menurut haknya sesuai dengan kesepakatan atau sesuai yang ada dalam polis

b. Klaim Tidak Wajar

Klaim tidak wajar terjadi bila satu pihak dengan sadar mengingkari apa yang telah sama-sama di sepakati

Dalam perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan cabang Bojonegoro dengan RSUD Bojonegoro tentang pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan disebutkan bahwa :

a. Klaim Layak

Klaim layak yang dimaksud di dalam perjanjian kerjasama antara pihak BPJS Kesehatan dengan RSUD Bojonegoro adalah klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dan memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian sehingga dapat dibayarkan oleh pihak pertama (BPJS Kesehatan);

b. Klaim Tidak Layak adalah klaim yang sudah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sehingga tidak dapat dibayarkan oleh pihak pertama

(BPJS Kesehatan);

- c. Klaim Pending adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh pihak pertama (BPJS Kesehatan) dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi, masih dalam proses konfirmasi;
- d. Klaim *dispute* adalah klaim atas pelayanan kesehatan yang belum dapat disetujui pembayarannya oleh pihak BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaksepakatan antara pihak rumah sakit dengan BPJS Kesehatan terhadap klaim yang diajukan dan dinyatakan dengan Berita Acara Klaim *Dispute*;
- e. Klaim kadaluarsa adalah klaim yang sudah melewati batas ketentuan pengajuan yaitu lebih dari 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan;
- f. Klaim reguler adalah penagihan klaim periodik bulan pelayanan sebelumnya yang ditagihkan pada bulan berjalan. Klaim reguler ditagihkan satu bulan penuh atau minimal ditagihkan 75 % dari jumlah SEP yang diterbitkan dan tertuang dalam Surat Pengajuan Klaim dilengkapi dengan dokumen pengajuan klaim;
- g. Klaim Susulan adalah sisa tagihan klaim reguler sesuai dengan jumlah yang tertuang dalam surat pengajuan klaim dan atau klaim pending yang diajukan kembali, termasuk klaim *dispute* yang telah mendapatkan penetapan TKMKB (Tim Kendali Mutu Kendali Biaya) dan atau DPK.

2.4.6 Penolakan Klaim

Klaim ditolak menandakan tidak akan ada pembayaran untuk klaim tersebut, umumnya klaim tersebut terdapat kesalahan dalam *billing* atau pengkodean ataupun masalah lainnya.(Halida, 2016) Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tetty, dkk (2012) tentang tantangan dalam pembayaran *provider* yang berada di bawah skema asuransi nasional Ghana disebutkan bahwa penolakan klaim perlu dibagi menjadi dua yaitu penolakan klaim total dan penolakan klaim sebagian (*parsial*).

Penolakan klaim total ditandai dengan tidak sedikit pun biaya klaim yang diajukan dibayarkan. Hal ini dapat disebabkan oleh tidak ada bukti pelayanan yang diajukan dan *klien* yang tidak *elegibel* karena kartu asuransi kesehatan nasional kadaluarsa atau nomor asuransi yang tidak dikenali oleh *provider*. Untuk penolakan klaim parsial bisa disebut juga sebagai pemotongan atau pengurangan biaya klaim. Hal tersebut dapat terjadi karena obat yang digunakan tidak sesuai dengan yang ada di daftar obat, biaya yang dilebihkan dan salah mengutip diagnosa.

Menurut Catherine (2013) didalam bukunya, didapatkan bahwa penyebab penolakan klaim dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu sebagai berikut(Catherine, 2013) :

1. Klaim ditolak karena *front-end errors* terbagi menjadi beberapa contoh kesalahan yaitu :

- a. Format : beberapa informasi harus dipenuhi sesuai dengan kebutuhan formulir klaim; tidak ditemukan nomor ID *provider* serta *provider* yang tidak valid artinya *provider* tidak tersedia dalam sistem
 - b. Penulisan informasi yang salah seperti nomor ID peserta yang salah serta nomor ID *provider* yang salah, informasi asuransi yang salah, ditagihkan berdasarkan kelas finansial yang salah, serta tanggal lahir maupun jenis kelamin pasien yang salah (hal ini dikarenakan beberapa prosedur biasanya disesuaikan dengan umur atau hanya dilakukan pada pasien wanita atau laki-laki saja)
 - c. Permasalahan lainnya : tidak menyerahkan bukti *visit*, tidak adanya persetujuan (beberapa pelayanan membutuhkan persetujuan), klaim tidak di ajukan sesuai dengan batas waktunya.
2. Klaim yang ditolak karena kesalahan pada *billing* dan *coding*. Hal ini juga sesuai dengan yang diungkapkan oleh Ernawati dan Kresnowati (2013) bahwa salah satu faktor penting yang menentukan suatu klaim ditolak atau diterima adalah akurasi pengkodean diagnosis dan tindakan pada dokumen rekam medis(Ernawati, 2013). Apabila terdapat kesalahan dalam melakukan pengkodean maka akan mempengaruhi kode DRG kasus dan akan mempengaruhi biaya pengajuan klaim. Berikut

beberapa contoh kasus kesalahan pada *billing* dan *coding* menurut (Catherine, 2013) yaitu :

- a. Ketika sepasang kode tindakan yang diberikan tidak bisa dilakukan pada sesi yang bersamaan oleh dokter karena pelayanan tersebut merupakan pelayanan yang sama sehingga salah satunya tidak dibutuhkan
 - b. Kode tambahan tidak ada : biasanya kode primer harus dilengkapi dengan kode tambahan
 - c. Bukan diagnosis primer : diagnosis tidak dapat dicantumkan sebagai diagnosis tunggal
 - d. Kesalahan lainnya seperti penetapan tanggal yang salah baik tanggal mendapatkan pelayanan, tanggal perawatan dan kepulangan, salah memilih tempat pelayanan, kode *billing* yang salah.
3. Permasalahan lain yang menyebabkan klaim ditolak, yaitu :
- a. Waktu pengajuan;
 - b. Batasan frekuensi;
 - c. Batasan kapitasi;
 - d. Dokumen yang tidak lengkap;
 - e. Utilasi review;
 - f. Prosedur yang tidak perlu;
 - g. Pelayanan kesehatan dengan alasan kecantikan;
 - h. Bukan prosedur yang dicover;

- i. Kombinasi kode yang tidak valid;
- j. Diagnosis tidak sesuai dengan prosedur penanganan.

2.5 Indonesian Case Base Group's (INA-CBG's)

2.5.1 Pengertian INA-CBG's

INA-CBG's adalah sebuah aplikasi yang mengelompokan diagnosa medis atau kode penyakit dengan output berbentuk teks yang yang dipergunakan oleh tim jaminan sosial. Berupa input data manajemen berisi nomor rekam medis pasien, nama pasien, nomor formulir, dll. Data medis berupa diagnosa klinis yang diterjemahkan menggunakan kodefikasi ICD 10 dan ICD 9 CM untuk tindakan atau prosedur medis yang akan memunculkan tarif klaim BPJS.

Sistem pembiayaan *INA-CBG's* merupakan sistem pembiayaan kesehatan berdasarkan tarif *grouping* diagnosis yang memiliki kesamaan secara klinis dan memiliki kriteria sumber daya serupa yang digunakan oleh fasilitas pemberi pelayanan kesehatan atau rumah sakit yang akan mendapatkan penggantian pembiayaan kesehatan berdasarkan kisaran biaya suatu kelompok diagnosis penyakit dan prosedurnya.

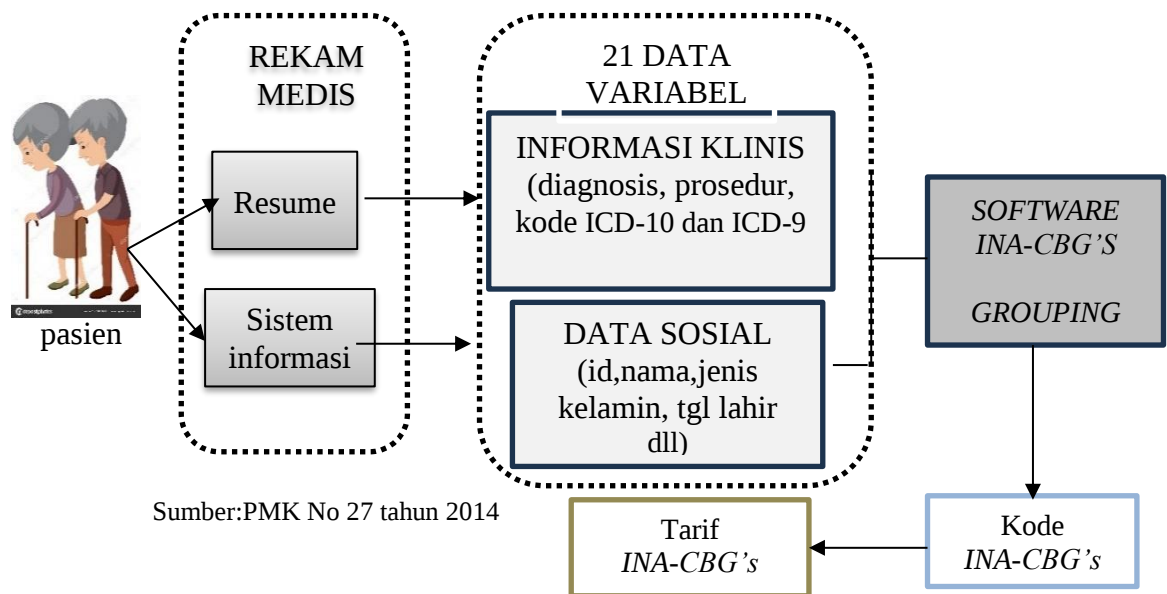
Proses penentuan kode *INA-CBG's* beserta tarifnya dimulai pada saat pasien keluar dari rumah sakit, data yang harus dimasukkan dalam software *INA-CBG's* adalah data variabel yang dapat diambil dari resume medik dan data sosial pasien, kedua data tersebut dapat dikumpulkan secara manual maupun komputerisasi dari sistem

informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) bagi rumah sakit yang telah mempunyai SIMRS. Setelah data variabel tersebut dimasukkan ke dalam software *INA-CBG's* kemudian dilakukan *grouping* sehingga menghasilkan kode *INA-CBG's* beserta tarif per pasien. (Depkes RI, 2011).

Berdasarkan permenkes No 27 tahun 2014 tentang Juknis sistem *INA-CBG's*, sebelum diverifikasi terdapat beberapa proses yang harus dilakukan oleh fasilitas kesehatan seperti melakukan *entri data*, *coding*, dan *gruping*. Enty data, *coding*, dan *gruping* dilakukan dengan menggunakan software atau aplikasi *INA-CBG's (Indonesian-Case Based Groups)*.

Aplikasi *INA-CBG's* merupakan salah satu perangkat entry data pasien yang digunakan untuk melakukan *grouping* tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Aplikasi *INA-CBG's* harus terinstal di rumah sakit yang melayani peserta JKN yaitu *INA-CBG's versi terupdate*. Untuk menggunakan aplikasi *INA-CBG's*, rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, selanjutnya akan dilakukan aktifasi *INA-CBG's* setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya. Proses *entry* aplikasi *INA-CBG's*, dilakukan oleh petugas koder atau petugas administrsi klaim di rumah sakit dengan menggunakan data dari resume medis beserta kelengkapan dan keabsahan berkas klaim. Proses *entry* data pasien ke dalam aplikasi

INA-CBG's dilakukan setelah pasien mendapat pelayanan di rumah sakit (setelah pasien pulang dari rumah sakit). Berikut gambar alur *entry* data dengan aplikasi INA-CBG's



Gambar 2.4 Alur *Entry* Data Dengan Aplikasi *INA-CBG's*

2.5.2 Tarif *INA-CBG's*

Tarif *Indonesian Case Based Group* yang selanjutnya disebut tarif *INA-CBG's* merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis, berdasarkan peraturan yang telah ditetapkan. Sistem perhitungan tarif berdasarkan aplikasi *INA-CBG's* berbasis pada data *costing* dan *koding* rumah sakit.

a. *Data costing*

Data costing yaitu data yang bersumber dari rumah sakit yang

dipilih sebagai contoh patokan rumah sakit berdasarkan kelas yang setara, dan berdasarkan tipe rumah sakit swasta dan negeri. Termasuk semua biaya rumah sakit, tidak termasuk pembiayaan atas obat yang sumber pendanaanya berasal dari program pemerintah, contohnya obat HIV, TB, dan lainnya.

b. Data koding

Data *koding* adalah data yang diperoleh dari data *koding* diagnosa rumah sakit Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) Jamkesmas untuk penyusunan tarif Jaminan Kesehatan Nasional Digunakan sebagai data *costing* untuk rumah sakit swasta dan pemerintah sebanyak 137 rumah sakit dan memiliki 6 juta kode diagnosa. Dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, tarif *Indonesian Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif *INA-CBG's* adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket-paket pelayanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit yang besarnya ditetapkan dalam PMK No 59 tahun 2014.

Tarif *INA-CBG's* yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut :

1. Pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu :
 - a. Tarif Rumah Sakit Kelas A;

- b. Tarif Rumah Sakit Kelas B;
- c. Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan;
- d. Tarif Rumah Sakit Kelas C;
- e. Tarif Rumah Sakit Kelas D;
- f. Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional;
- g. Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional.

Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate* (HBR) yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*.

2. Regionalisasi, tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. Regionalisasi untuk mengakomodir perbedaan biaya distribusi obat dan alat kesehatan di Indonesia. Dasar penentuan regionalisasi digunakan Indeks Harga Konsumen (IHK) dari Badan Pusat Statistik (BPS). Adapun pembagian regionalisasi adalah sebagai berikut :

- a. Regional 1 : Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur;
- b. Regional II : Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Riau, Lampung, Bali, Nusa Tenggara Barat;

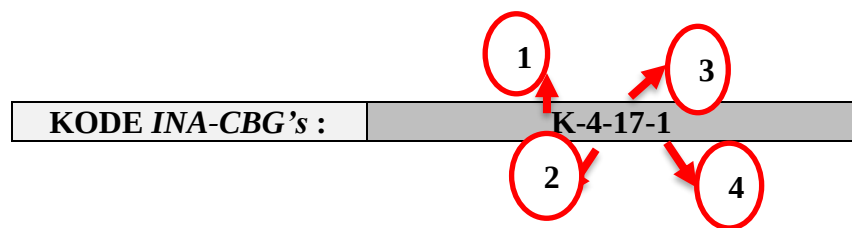
- c. Regional III : NAD, Sumatera Utara, Jambi, Bengkulu, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan;
 - d. Regional IV : Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah;
 - e. Regional V : Bangka Belitung, NTT, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat.
3. Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem *INA-CBGs* versi 4.0 untuk kasus – kasus tertentu yang masuk dalam *special casemix main group (CMG)* , meliputi :
- a. *Special Prosedure*;
 - b. *Special Drugs*;
 - c. *Special Investigation*;
 - d. *Special Prosthesis*;
 - e. *Special Groups Subacute dan Kronis*.
- Top up* pada *special CMG* tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif *INA-CBG's* yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS. Sebagai contoh adalah tindakan *odontectomy*, *phacoemulsification* dan top obat untuk kasus *hemofilia*.
4. Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua

pelayanan di rumah sakit berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

5. Tarif *INA-CBG's* merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis.

2.5.3 Struktur Kode *INA-CBG's*

Dasar pengelompokan dalam *INA-CBG's* 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. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi *INA-CBG's* 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 *alfabet* dan *numerik* dengan contoh sebagai berikut :



Gambar 2.5 Struktur Kode *INA-CBG's*

Keterangan :

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*

Struktur Kode INA-CBGs terdiri atas :

a. *Case-Mix Main Groups (CMG's)*

- 1) Adalah klasifikasi tahap pertama
- 2) Dilabelkan dengan huruf *Alphabet (A to Z)*
- 3) Berhubungan dengan sistem organ tubuh
- 4) Pemberian Label Huruf disesuaikan dengan yang ada pada ICD
10 untuk setiap sistem organ
- 5) Terdapat 30 CMG's dalam *UNU Grouper (22 Acute Care
CMG's, 2 Ambulatory CMG's, 1 Subacute CMG's, 1 Chronic
CMG's, 4 Special CMG's dan 1 Error CMG's)*
- 6) Total CBG's sampai saat ini sebanyak 1220
- 7) 31 CMG's yang ada dalam *INA-CBG's* terdiri dari :

Tabel 2.1 *Casemix Main Groups (CMG's)*

No	<i>Case-Mix Main Groups (CMG's)</i>	<i>CMG's Codes</i>
1	<i>Central nervous system Groups</i>	G
2	<i>Eye and Adnexa Groups</i>	H
3	<i>Ear, nose, mouth & throat Groups</i>	U
4	<i>Respiratory system Groups</i>	J
5	<i>Cardiovascular system Groups</i>	I
6	<i>Digestive system Groups</i>	K
7	<i>Hepatobiliary & pancreatic system Groups</i>	B
8	<i>Musculoskeletal system & connective tissue Groups</i>	M
9	<i>Skin, subcutaneous tissue & breast Groups</i>	L
10	<i>Endocrine system, nutrition & metabolism Groups</i>	E
11	<i>Nephro-urinary System Groups</i>	N
12	<i>Male reproductive System Groups</i>	V
13	<i>Female reproductive system Groups</i>	W
14	<i>Deleiveries Groups</i>	O
15	<i>Newborns & Neonates Groups</i>	P
16	<i>Haemopoeitic & immune system Groups</i>	D
17	<i>Myeloproliferative system & neoplasms Groups</i>	C
18	<i>Infectious & parasitic diseases Groups</i>	A

No	Case-Mix Main Groups (CMG's)	CMG's Codes
19	<i>Mental Health and Behavioral Groups</i>	F
20	<i>Substance abuse & dependence Groups</i>	T
21	<i>Injuries, poisonings & toxic effects of drugs Groups</i>	S
22	<i>Factors influencing health status & other contacts with health services Groups</i>	Z
23	<i>Ambulatory Groups-Episodic</i>	Q
24	<i>Ambulatory Groups-Package</i>	QP
25	<i>Sub-Acute Groups</i>	SA
26	<i>Special Procedures</i>	YY
27	<i>Special Drugs</i>	DD
28	<i>Special Investigations I</i>	II
29	<i>Special Investigations II</i>	IJ
30	<i>Special Prosthesis</i>	RR
31	<i>Chronic Groups</i>	CD
32	<i>Errors CMGs</i>	X

b. *Case-Based Groups (CBG's):*

Sub-group kedua yang menunjukkan tipe kasus (1-9)

Tabel 2.2 Group Tipe Kasus dalam *INA-CBG's*

No	Case-Mix Main Groups (CMG's)	CMG's Codes
1	Prosedur Rawat Inap	<i>Group-0</i>
2	Prosedur Besar Rawat Jalan	<i>Group-1</i>
3	Prosedur Signifikan Rawat Jalan	<i>Group-2</i>
4	Prosedur Inap Bukan Prosedur	<i>Group-3</i>
5	Prosedur Jalan Bukan Prosedur	<i>Group-4</i>
6	Prosedur Inap Kebidanan	<i>Group-5</i>
7	Prosedur Jalan kebidanan	<i>Group-6</i>
8	Prosedur Inap Neonatal	<i>Group-7</i>
9	Prosedur Rawat Jalan Neonatal	<i>Group-8</i>
10	Error	<i>Group-0</i>

c. Kode *CBG's*

Sub-group ketiga menunjukkan spesifik *CBG's* yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.

d. *Severity Level*

Sub-group keempat merupakan *resource intensity level* yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi :

- 1) “0” Untuk Rawat jalan
- 2) “I - Ringan” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
- 3) “II - Sedang” Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan *mild komplikasi* dan komorbiditi)
- 4) “III - Berat” Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan *major komplikasi* dan komorbiditi)

Istilah ringan, sedang dan berat dalam deskripsi dari Kode *INA-CBG's* bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun diagnosis atau prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (*severity level*) yang dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (*komplikasi dan ko-morbiditi*).

Tabel 2.3 Contoh kode *INA-CBG's*

Tipe Layanan	Kode <i>INA-CBG's</i>	Deskripsi Kode <i>INA-CBG's</i>
Rawat Inap	I – 4 – 10 – I	<i>Infark Miocard Akut Ringan</i>
	I – 4 – 10 – II	<i>Infark Miocard Akut Sedang</i>
	I – 4 – 10 – III	<i>Infark Miocard Akut Berat</i>
Rawat Jalan	Q – 5 – 18 – 0	Konsultasi atau pemeriksaan lain-lain
	Q – 5 – 35 – 0	<i>Infeksi Akut</i>

2.6 ICD-10 (*International Classification of Diseases*) -Tenth Revision

2.6.1 Pengertian ICD-10

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) dari WHO adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional (Hatta, 2013). Pengelompokan penyakit dapat didefinisikan sebagai suatu sistem pengelompokan dari data morbiditas yang ditetapkan sesuai dengan kriteria. (WHO, 1994). Salah satu pedoman klasifikasi penyakit yang berlaku di dunia adalah *ICD-10*.

2.6.2 Fungsi ICD-10

Fungsi *ICD-10* menurut Kasim (2008), penerapan pengkodean sistem *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD* digunakan untuk:

- a. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan disarana pelayanan kesehatan;
- b. Masukan/ input bagi sistem pelaporan diagnosis medis;
- c. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan;
- d. Bahan dasar dalam pengelompokan *CBG (diagnostic-related groups)* untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan;
- e. Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas;
- f. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis;

- g. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman;
- h. Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan.

2.6.3 Struktur *ICD-10*

ICD-10 terdiri atas 3 *volume*: *volume* 1 berisikan klasifikasi utama; *volume* 2 merupakan pedoman bagi para pengguna *ICD*; dan *volume* 3 adalah *indeks alfabetik* bagi klasifikasi. Struktur *ICD 10* bahwa *ICD 10* terdiri atas 3 *Volume* (Hatta, 2013):

1. *Volume* pertama berisi tentang :
 - a) Pengantar;
 - b) Pernyataan;
 - c) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit;
 - d) Laporan konferensi Internasional yang menyetujui revisi *ICD 10*;
 - e) Daftar katagori 3 karakter;
 - f) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk sub katagori empat karakter;
 - g) Daftar *morfologi neoplasma*;
 - h) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas;
 - i) Definisi-definisi;
 - j) Regulasi-regulasi nomenklatur.
2. *Volume* dua adalah buku petunjuk penggunaan, berisi tentang:
 - a) Pengantar;

- b) Penjelasan tentang *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*;
 - c) Cara penggunaan *ICD 10*;
 - d) Aturan dan petunjuk pengkodean mortalitas dan morbiditas;
 - e) Presentasi statistik;
 - f) Riwayat perkembangan *ICD*;
3. *Volume* tiga berisi tentang :
- a) Pengantar;
 - b) Susunan *indeks* secara umum;
 - c) Seksi I : Indeks abjad penyakit, bentuk cedera;
 - d) Seksi II : Penyebab luar cedera;
 - e) Seksi III : Tabel obat dan zat kimia;
 - f) Perbaikan terhadap *volume* I;

2.7 *ICD 9 CM*

2.7.1 Pengertian *ICD 9 CM*

International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9 CM) merupakan bagian dari *ICD 9-CM* yang digunakan untuk mengklasifikasikan kode prosedur tindakan medis. Didalamnya termasuk prosedur untuk diagnosa medik, *prevensi*, terapi radiologi, *drugs*, tindakan pembedahan dan pemeriksaan laboratorium. *ICD-9 CM* terdiri dari 3 *volume*, yaitu :

1. *Volume 1 disease : Tabular List*
2. *Volume 2 disease : Alphabetic Index*

3. *Volume 3 Procedure : Tabular List and Alphabetic Index*

Dalam masing-masing *volume*, berisi klasifikasi prosedur atau tindakan dalam pengobatan, juga memuat *Alphabetic Index* untuk memudahkan mencari kode prosedur.

2.7.2 Tujuan penggunaan *ICD-9 CM*

Tujuan penggunaan *ICD-9 CM* adalah:

1. Informasi klasifikasi morbiditas dan mortalitas untuk statistik.
2. Indeks penyakit dan operasi.
3. Laporan diagnosis oleh dokter.
4. Penyimpanan dan pengambilan data.
5. Laporan nasional morbiditas dan mortalitas.
6. Untuk pengelompokan penyakit (*CBG*).
7. Membantu kompilasi dan pelaporan data sebagai evaluasi pelayanan.
8. Pola pelayanan kesehatan.

2.8 Diagnosis

Diagnosis adalah klasifikasi seseorang berdasarkan suatu penyakit yang dideritanya atau satu abnormalitas yang diidapnya. Batasan mengenai diagnosis dalam *ICD-10* adalah diagnosis berarti, penyakit, cedera, cacat, keadaan masalah terkait kesehatan. Diagnosis utama adalah kondisi yang setelah pemeriksaan ternyata penyebab utama *admission* pasien ke rumah sakit untuk dirawat. Diagnosis sekunder adalah masalah kesehatan yang muncul pada saat episode keperawatan kesehatan, yang mana kondisi itu

belum ada di pasien. Setiap diagnosis harus mengandung kekhususan dan *etiologi*. Apabila dokter tidak dapat menemukan yang khusus atau *etiologi* karena hasil pemeriksaan *rontgen*, tes laboratorium serta pemeriksaan lain tidak dimasukkan, maka pernyataan harus dibuat sedemikian rupa yang mampu menyatakan *simptom* dan bukan penyakitnya, diagnosis harus dijelaskan sebagai meragukan atau tidak diketahui (Huffman, 1994).

Penetapan diagnosis pada seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter. Diagnosis yang ada di dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada *ICD-10* (Depkes RI, 1997). Faktor-faktor yang mempengaruhi hasil pengkodean diagnosis sangat penting untuk diperhatikan agar kode diagnosis yang dihasilkan sesuai dengan *ICD-10*. Faktor-faktor tersebut adalah tenaga medis, tenaga pengkode dan tenaga kesehatan lainnya. Oleh karena itu manajemen RS dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK) lainnya diharapkan kerja keras untuk mensosialisasikan program JKN dan *INA-CBG's* di lingkungan internal agar terjadi pelayanan kesehatan yang terkendali mutu dan biaya (Depkes RI, 1997).

2.8.1 Pengkodean (*coding*)

Informasi diagnosis tidak akan bermanfaat apabila belum diolah untuk itu perlu dilakukan pengkodean. *Coding* menurut Depkes RI (1997) adalah membuat kode atas diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku yang bertujuan untuk mempermudah pengelompokkan penyakit dan operasi yang dapat dituangkan dalam bentuk angka.

Tujuan *Coding* menurut AHIMA (1986) Selain digunakan untuk klaim asuransi kesehatan, kode pada data digunakan untuk evaluasi proses dan hasil perawatan kesehatan. Kode data juga digunakan oleh pihak internal dalam institusi untuk aktifitas kualitas manajemen, *casemix*, perencanaan, pemasaran, administrasi lain dan penelitian.

Pengkodean adalah penggolongan data dan memberikan penyajian untuk data itu. Pengkodean dilakukan dengan berbagai alasan. Alasan utama adalah untuk memudahkan pengambilan kembali informasi menurut hasil diagnosis. Pengkodean selalu ditinjau ulang dari data pasien tersebut (Bowman, 1992).

Faktor-faktor yang menyebabkan kesalahan pengkodean (Bowman, 1992).

1. Kegagalan peninjauan seluruh catatan,
2. Pemilihan diagnosis utama yang salah,
3. Pemilihan kode yang salah,
4. Mengkode diagnosis atau prosedur yang salah oleh karena isi catatan,
5. Kesalahan didalam memasukkan kode ke dalam *database* atau pada tagihan.

Beberapa elemen pengkodean yang harus dievaluasi dalam menetapkan kualitas data pengkodean (Bowman, 1992) :

1. *Reliability*

Yaitu hasil yang sama akan diperoleh apabila dilakukan beberapa kali usaha. Contoh; beberapa petugas pengkodean dengan rekam medis yang

sama akan menghasilkan hasil pengkodean yang sama pula.

2. *Validity*

Yaitu hasil pengkodean yang mencerminkan keadaan pasien dan prosedur yang diterima pasien.

3. *Completeness*

Sebuah rekam medis belum bisa dikatakan telah dikode apabila hasil pengkodean tidak mencerminkan semua diagnosis dan prosedur yang diterima pasien

4. *Timeliness*

Dokumen rekam medis dapat dikode dengan hasil yang dapat dipercaya, benar, dan lengkap, tetapi jika tidak dengan tepat waktu maka rekam medis tidak dapat digunakan untuk pengambilan kembali dokumen atau penagihan biaya perawatan.

Tugas dan tanggung jawab dokter *INA-CBG's* antara lain untuk menegakkan dan menuliskan diagnosis primer dan sekunder sesuai dengan *ICD-10* serta menulis seluruh prosedur atau tindakan yang telah dilaksanakan dan membuat resume medis secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat dirumah sakit dalam satu episode perawatan (Depkes RI,2011).

2.9 Unsur Manajemen 6M

Menurut George R. Terry, unsur dari kegiatan manajemen yang penting untuk diterapkan dalam perusahaan terdiri dari 6 aspek atau lebih dikenal dengan *6M*. Penjelasan 6 unsur sistem manajemen sebagai berikut :

1. Faktor *man* (manusia)

Manusia adalah unsur yang krusial terutama dalam memajukan perusahaan. Menurut Rusdarti (2008), dalam kegiatan manajemen faktor manusia paling menentukan. Manusia membuat tujuan dan dia pula yang melakukan proses kegiatan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Adalah sumber daya manusia (SDM) atau petugas klaim BPJS Kesehatan yang terlibat langsung dalam pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan pada berkas pengajuan klaim.

2. Faktor *money* (uang/modal)

Menurut Rusdarti (2008), *money* merupakan satu unsur yang tidak pernah dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai besar kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar di dalam perusahaan. Hal ini berhubungan dengan kesesuaian penulisan input tindakan pada *billing* Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) dengan tindakan yang ada pada berkas klaim. Ketidaksesuaian input tindakan pada *system billing* rumah sakit berakibat pada besaran biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan tidak bisa *tercover* sepenuhnya sehingga total tarif keseluruhan pada saat pengajuan tidak sesuai kondisi lapangan.

3. Faktor *material* (bahan)

Bahan adalah suatu produk atau fasilitas yang digunakan untuk menunjang tujuan dalam pelaksanaan sistem pelayanan yang ada di rumah sakit. Kelengkapan berkas baik secara administrasi maupun klinis merupakan

bagian penting dalam proses pengklaiman dan syarat yang perlu diperhatikan saat pengajuan klaim ke pihak BPJS Kesehatan. Kekurangan bukti dukung atau tidak adanya tanda tangan dokter/pasien pada lembar SEP berakibat pada pengembalian berkas dari pihak BPJS Kesehatan ke rumah sakit. Tanda tangan DPJP (dokter penanggung jawab pelayanan) mempunyai peranan penting dalam pembayaran klaim. Karena tanda tangan DPJP adalah tanda keaslian dokumen dan syarat mutlak pengajuan klaim yang diatur dalam perjanjian kontrak kerjasama antara rumah sakit (PKRS) dengan BPJS Kesehatan.

4. Faktor *machine* (mesin)

Menurut Rusdarti (2008), *machine* atau mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. Menurut Pujadi (2008) Komputer memiliki banyak pengaruh yang menguntungkan bagi masyarakat. Manusia dapat menggunakan teknologi informasi untuk menyelesaikan berbagai masalahnya. Melalui solusi sosial seperti diagnosis medis, perintah yang dibantu oleh komputer, perencanaan program pemerintah, pengendalian kualitas lingkungan dan penegakan hukum. Contohnya adalah komputer dapat membantu mendiagnosis penyakit, melakukan klaim BPJS melalui aplikasi *INA CBG's*. Adalah sarana dan prasarana yang digunakan di unit kerja Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu (PAT) dalam melakukan kegiatan proses pengklaiman BPJS, seperti penyediaan komputer dan jaringan. Terjadi *error system* pada aplikasi *SIM-RS*, *Virtual claim* (V-

Claim) BPJS, dan *INA CBG's* yang diakibatkan oleh gangguan jaringan sehingga berdampak pada aktivitas pekerjaan yang membutuhkan waktu lama, jaringan dan komputer kurang memadai.

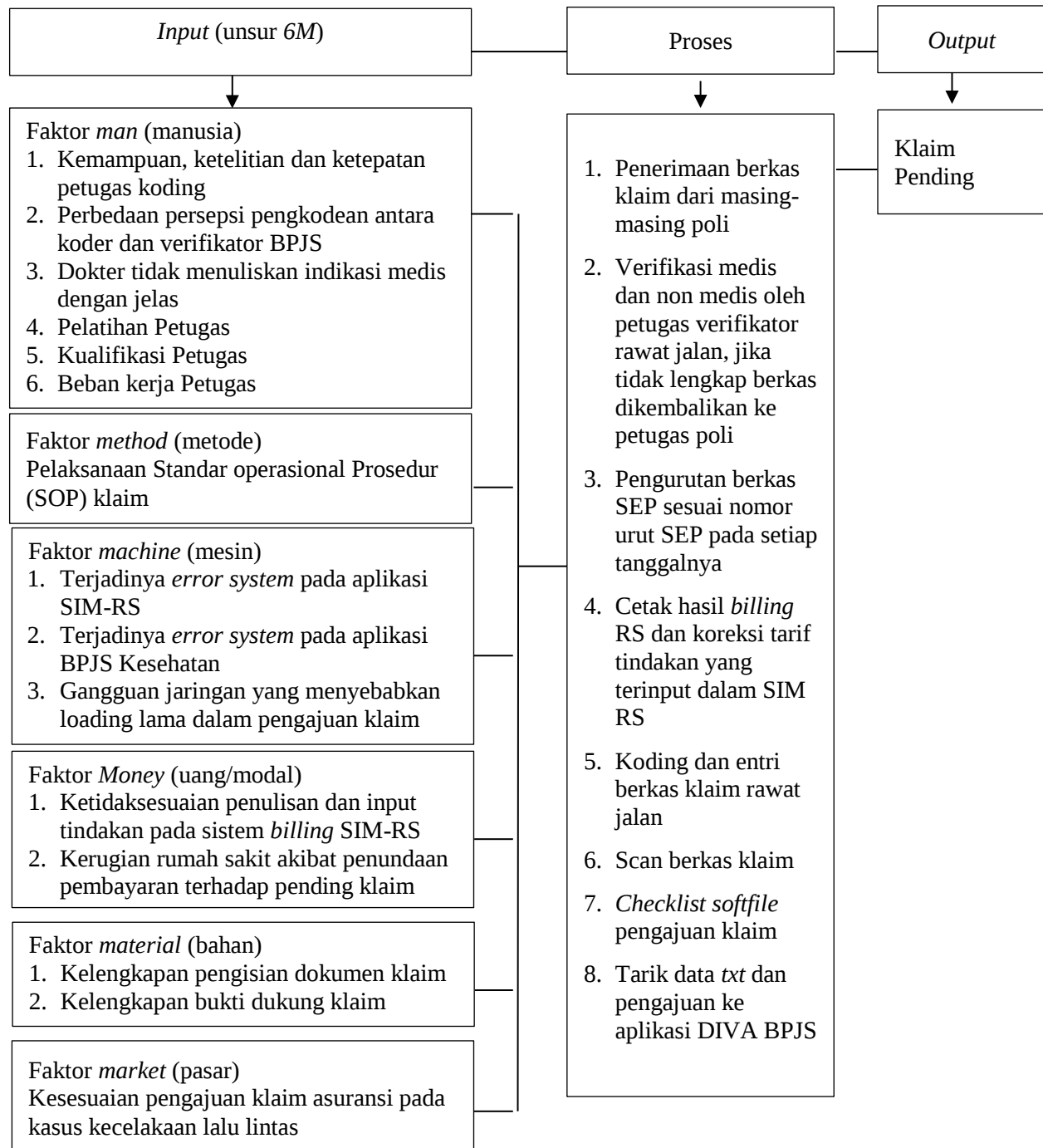
5. Faktor *method* (metode)

Menurut Rusdarti (2008), *methods* atau metode adalah suatu tata cara kerja yang memperlancar jalannya pekerjaan manajer (Kusmuriyanto, 2008). Sebuah metode yang dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan kepada sasaran, fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, uang dan kegiatan usaha. Unsur *method* (metode) adalah Standar Operasional Prosedur (SOP) yang merupakan panduan/pedoman petugas dalam melakukan pekerjaan dan tupoksi di tempat kerja agar kegiatan operasional klaim berjalan sesuai aturan yang berlaku.

6. Faktor *market* (pasar)

Instalasi pelayanan Administrasi Terpadu (PAT) merupakan salah satu unit yang mengerjakan seluruh kegiatan klaim yang ada di rumah sakit. Seperti klaim Jasa Raharja, mandiri *In-health*, BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, PT KAI, dan lain-lain. Berkas klaim yang diterima dari petugas poli akan diverifikasi dan dikelompokkan berdasarkan pihak penjamin yang selanjutnya akan di serahkan kepada masing-masing petugas yang bersangkutan. Dalam kasus kecelakaan lalu lintas, maka ada 2 pihak penjamin. Penjamin pertama adalah pihak BPJS Kesehatan sedangkan penjamin kedua adalah pihak jasa raharja. Dengan adanya

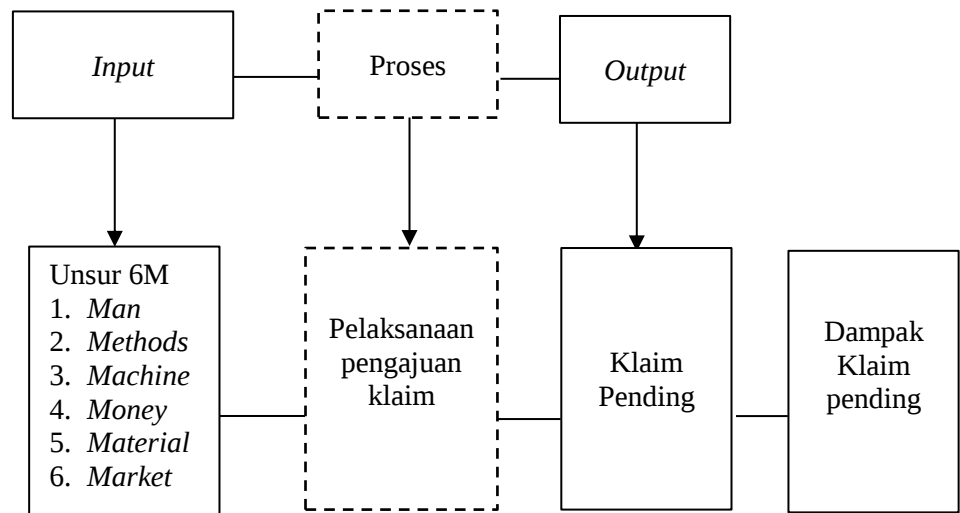
kedua penjamin ini maka berpotensi terjadi kesalahan/tidak tepat sasaran pada saat proses pengajuan sehingga berakibat pada pending klaim. Berikut gambar analisis faktor penyebab masalah klaim pending JKN rawat jalan.



Gambar 2.6 Faktor Penyebab Masalah Klaim Pending JKN Rawat Jalan

2.10 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu uraian dan visualisasi yang berhubungan antara konsep satu terhadap konsep lain atau antara variabel yang satu dengan variabel lainnya dari masalah yang ingin di teliti (Notoatmojo, 2018). Kerangka konsep pada penelitian ini adalah berdasarkan pada kerangka teori yang difokuskan pada faktor 6M (*man, methode, machine, money, material, market*).



Gambar 2.7 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan: (diteliti)
 (tidak diteliti)