

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

a. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah berupa perlindungan Kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan Kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2022a)

b. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

- 1) Mewujudkan kendali mutu dan kendali biaya dalam pelayanan Kesehatan.
- 2) Memperkuat layanan Kesehatan primer dan system rujukan.
- 3) Mengutamakan upaya upaya promotive-preventif dalam pelayanan Kesehatan untuk menekankan kejadian penyakit.

c. Prinsi-Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengacu pada prinsip- prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu:

1) Kegotongroyongan

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong diartikan sebagai kegiatan tolong menolong antarpeserta. Peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini dapat terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong royong, jaminan sosial diharapkan dapat menumbuhkan jiwa keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2) Nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat bukan ditujukan untuk mencari laba (for profit oriented). Sebaliknya, tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

3) Keterbukaan, Kehati-hatian, Akuntabilitas, Efisiensi, dan Efektivitas

Prinsip-prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya. Keterbukaan menunjukkan adanya keterbukaan informasi, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun dalam mengungkapkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan dalam upaya penyelenggaraan dan pengelolaan dana program. Kehati-hatian menunjukkan kegiatan pengelolaan dana yang disesuaikan dengan peraturan perundangan yang berlaku. Akuntabilitas merupakan prinsip kejelasan dari struktur sistem dan pertanggungjawaban pengelolaan dana. Efisiensi dan efektivitas merujuk pada pengelolaan dana yang tepat, cermat, dan berdaya guna.

4) Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal tetapi tetap dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5) Kepesertaan Bersifat Wajib

Prinsip ini mewajibkan seluruh rakyat menjadi peserta sehingga setiap orang dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

6) Dana Amanah

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

7) Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta

2. Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS)

a. Pengertian BPJS Kesehatan

Pasal 1 Angka 1 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyebutkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS. BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial kesehatan atau yang dikenal dengan BPJS kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (Kemenkes RI, 2019)

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jaminan kesehatan menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yaitu jaminan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar seluruh rakyat Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Kehadiran BPJS Kesehatan memiliki peran sentral dalam mewujudkan sistem jaminan sosial nasional bidang kesehatan. Hal ini mengingat BPJS Kesehatan, secara mendasar melakukan pembenahan terhadap sistem pembiayaan kesehatan yang saat ini masih didominasi

oleh *out of pocket payment*, mengarah kepada sistem pembiayaan yang lebih tertata berbasiskan asuransi kesehatan sosial. Berdasarkan uraian diatas Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial atau yang dikenal dengan BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan sosial bagi masyarakat.

3. Mekanisme Pembayaran

Mekanisme pembayaran klaim BPJS tercantum pada ,Berikut adalah mekanismepembayaran klaim BPJS :

a. Mekanisme Pembayaran Iuran

Proses pembayaran iuran peserta kepada BPJS kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan yang terdaftar di BPJS kesehatan.

- 1) Iuran bagi peserta PBI dibayarkan oleh pemerintah pusat melalui kementerian kesehatan kepada BPJS kesehatan.
- 2) Iuran bagi peserta yang didaftarkan oleh pemerintah daerah dibayarkan oleh pemerintah daerah dengan besaran iuran minimum sama dengan besar iuran untuk peserta PBI.
- 3) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja penerima upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a) Pemberi kerja mengambil iuran dari pekerja dan membayar iuran yang menjadi tanggung jawab pemberi kerja kemudian iuran disetorkan ke BPJS kesehatan.
 - b) Pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai pemberi kerja menyetorkan iuran kepada BPJS kesehatan melalui rekening kas negara dengan tata cara pengaturan penyetoran dari kas negara kepada BPJS kesehatan yang telah diatur oleh kementerian keuangan.
- 4) Iuran bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yaitu iuran yang dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS sesuai dengan kelas perawatan yang diinginkan.

5) Iuran bagi penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan dimana iuran tersebut dibayar oleh pemerintah kepada BPJS kesehatan.

b. Mekanisme pembayaran ke fasilitas Kesehatan

BPJS kesehatan akan membayar kepada FKTP dengan system kapitasi dan non kapitasi. Untuk FKRTL, BPJS kesehatan akan membayar dengan sistem paket INA CBG's dan di luar paket INA CBGs.

c. Mekanisme Pembayaran INA CBGs

Pembayaran dengan menggunakan sistem INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan kesehatan yang telah diatur oleh kementerian keuangan.

- 1) Iuran bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja yaitu iuran yang dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS sesuai dengan kelas perawatan yang diinginkan.
- 2) Iuran bagi penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan dimana iuran tersebut dibayar oleh pemerintah kepada BPJS kesehatan.

d. Mekanisme pembayaran ke fasilitas Kesehatan

BPJS kesehatan akan membayar kepada FKTP dengan system kapitasi dan non kapitasi. Untuk FKRTL, BPJS kesehatan akan membayar dengan sistem paket INA CBG's dan di luar paket INA CBGs.

e. Mekanisme Pembayaran INA CBGs

Pembayaran dengan menggunakan sistem INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim dari FKRTL baik untuk pelayanan rawat jalan atau untuk pelayanan rawat inap. Klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim yang diterima telah dinyatakan lengkap. Pengaturan lebih lanjut tentang sistem paket INA CBGs di atur lebih lanjut dalam petunjuk teknis INA CBGs

f. Mekanisme Pembayaran di luar paket INA CBGs

Pembayaran di luar paket INA CBGs terhadap FKRTL berdasarkan pada ketentuan Menteri Kesehatan.(Kemenkes RI, 2014)

4. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut UU no 44 tahun 2009 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan Kesehatan, kemajuan teknologi,dan kehidupan social ekonomi masyarakat pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat Kesehatan yang setinggi tingginya.

b. Tujuan Rumah sakit

Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

- 1) Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan;
- 2) Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien,masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
- 3) Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit;
- 4) Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

c. Klasifikasi Rumah Sakit

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit..

1) Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas:

- a) Rumah Sakit umum kelas A;
- b) Rumah Sakit umum Kelas B;
- c) Rumah Sakit umum kelas C;
- d) Rumah sakit umum kelas D.

2) Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas:

- a) Rumah sakit khusus kelas A;
- b) Rumah sakit khusus kelas B;
- c) Rumah sakit khusus kelas C.

5. Rawat Inap

a. Pengertian

Pelayanan rawat inap yaitu suatu gabungan yang terdapat dari beberapa fungsi pelayanan dan merupakan kelompok dari pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit. Pasien yang masuk rawat inap adalah pasien dengan kategori dibutuhkan suatu pelayanan intensif karena penyakit yang dideritanya. Rawat inap adalah suatu pelayanan kesehatan yang sifatnya perorangan meliputi observasi, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan cara menginap pada ruangan rawat inap di suatu sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit pemerintah maupun swasta, puskesmas, serta rumah bersalin.

Rawat inap atau biasa disebut dengan opname yaitu proses yang terjadi pada perawatan pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang diakibatkan karena penyakit tertentu, dengan syarat pasien dilakukan perawatan rawat inap di suatu ruangan yang ada di rumah sakit. Perawatan rawat inap yaitu suatu perawatan yang dilakukan kepada pasien dengan kondisinya yang memerlukan perawatan rawat inap.

Instalasi rawat inap yaitu unit pelayanan non structural dengan menyediakan fasilitas pelayanan kepada pasien, juga menyelenggarakan kegiatan pada pelayanan rawat inap.

b. Tujuan

Berikut merupakan beberapa tujuan dari kegiatan pelayanan rawat inap:

- 1) Membantu pasien dalam pelayanan kesehatan dengan memenuhi kebutuhan sehari-harinya untuk menunjang penyembuhan penyakit;

- 2) Mengembangkan hubungan kerja yang baik dan produktif antar unit maupun antar profesi;
 - 3) Menyediakan fasilitas untuk tempat/latihan/praktek bagi siswa/mahasiswa perawat;
 - 4) Memberikan kesempatan bagi tenaga keperawatan dalam meningkatkan keterampilannya;
 - 5) Meningkatkan situasi dengan mengembangkan gagasan yang kreatif;
 - 6) Mengandalkan evaluasi dengan terus menerus mengenai metode keperawatan untuk digunakan dalam peningkatan kesehatan;
 - 7) Memanfaatkan hasil dari evaluasi untuk dijadikan sebagai alat peningkatan atau perbaikan praktek keperawatan yang dipergunakan.
- c. Klasifikasi Rawat Inap di Rumah Sakit

Berikut merupakan klasifikasi rawat inap di rumah sakit berdasarkan tingkat fasilitas pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, kedatangan, dan pengirimnya:

- 1) Berdasarkan tingkat fasilitas pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit:
 - a) Kelas utama (termasuk VIP);
 - b) Kelas I;
 - c) Kelas II dan kelas III.
- 2) Berdasarkan kedatangannya
 - a) Pasien baru;
 - b) Pasien lama.
- 3) Berdasarkan pengirimnya
 - a) Dikirim oleh dokter rumah sakit;
 - b) Dikirim oleh dokter luar;
 - c) Rujukan dari puskesmas dan rumah sakit lain;
 - d) Datang atau kemauan sendiri.

6. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis Elektronik menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik dilakukan sejak Pasien masuk sampai Pasien pulang, dirujuk, atau meninggal.

Kegiatan penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik paling sedikit terdiri atas:

- a) registrasi Pasien;
- b) pendistribusian data Rekam Medis Elektronik;
- c) pengisian informasi klinis;
- d) pengolahan informasi Rekam Medis Elektronik;
- e) penginputan data untuk klaim pembiayaan;
- f) penyimpanan Rekam Medis Elektronik;
- g) penjaminan mutu Rekam Medis Elektronik; dan
- h) transfer isi Rekam Medis Elektronik.

Dalam rangka keamanan dan perlindungan data Rekam Medis Elektronik, pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan memberikan hak akses kepada Tenaga Kesehatan dan tenaga lain di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Hak akses terdiri atas hak untuk :

- a) penginputan data;
- b) perbaikan data; dan
- c) melihat data (Kemenkes RI, 2022b)

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sesuai dengan yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan

upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pembuatan rekam medis di rumah sakit bertujuan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan adekuat dari pasien, mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit di masa lalu dan sekarang, juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan. Rekam medis dibuat untuk tertib administrasi di rumah sakit yang merupakan salah satu faktor penentu dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan. Rekam medis dibuat untuk tertib administrasi di rumah sakit yang merupakan salah satu faktor penentu dalam rangka upaya peningkatan pelayanan Kesehatan

c. Kompetensi Rekam Medis

Kompetensi perekam medis yaitu perekam medis diharuskan mampu melakukan tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang bermutu tinggi dengan memperhatikan beberapa kompetensi salah satunya mengenai klasifikasi dan kode klasifikasi penyakit:

- 1) Menentukan nomor kode diagnosis pasien sesuai petunjuk dan peraturan pada pedoman buku ICD yang berlaku.
- 2) Mengumpulkan kode diagnosis pasien untuk memenuhi sistem pengelolaan, penyimpanan data pelaporan untuk kebutuhan analisis sebab tunggal penyakit yang dikembangkan.
- 3) Mengklasifikasikan data kode diagnosis yang akurat bagi kepentingan informasi morbiditas dan sistem pelaporan morbiditas yang diharuskan.
- 4) Menyajikan informasi morbiditas dengan akurat dan tepat waktu bagi kepentingan monitoring Kejadian Luar Biasa (KLB) epidemiologi dan lainnya (Rustiyanto, 2009).

d. Kegunaan Rekam Medis

Proses pelayanan diawali dengan identifikasi pasien mengenai identitas maupun perjalanan penyakit, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis lainnya. Kegunaan rekam mencamtukan nilai- nilai aspek yang dikenal dengan sebutan ALFRED (Administrative, Legal,

Financial, Research, Education, Documentation) yaitu sebagai berikut:

1) Aspek Administrasi (*Administrative*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2) Aspek Hukum (*legal*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

3) Aspek Keuangan (*financial*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan

4) Aspek penelitian (*Research*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang Kesehatan

5) Aspek Pendidikan (*Education*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran bidang profesi pemakai.

6) Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan

pertanggungjawaban dan laporan Rumah sakit.

7. Resume Medis

a. Pengertian Resume Medis

Menurut Permenkes 269/MenKes/Per/III/2008 pada pasal 4 menyebutkan bahwa ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang atau resume medis sekurang-kurangnya memuat :

- 1) Identitas pasien
- 2) Diagnosis masuk dan indikasi pasien
- 3) Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, Diagnosis akhir, Pengobatan dan tindak lanjut
- 4) Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan Kesehatan.

Kemudian setelah rekam medis selesai digunakan dari ruang rawat, maka dalam waktu 2X24 jam rekam medis tersebut harus dikembalikan ke bagian Rekam Medis.

Jadi resume medis atau disebut dengan ringkasan pulang, merupakan kesimpulan atau ringkasan yang menjelaskan tentang penyakit yang diderita pasien, pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan yang diterima dokter. Resume medis ini harus segera ditulis dan dibuat setelah pasien selesai dan pulang dalam perawatan oleh dokter dari rumah sakit dalam keadaan hidup. Pemeriksaan pasien akan terlihat secara lengkap namun ringkas dalam resume medis dan dapat digunakan kembali untuk pengobatan atau control kembali dimanapun pasien kembali berobat.

Apabila mutu resume medis kurang baik, dapat dilihat apakah tidak adanya resume medis atau tidak lengkapnya pengisian resume medis, maka secara keseluruhan akan menyebabkan mutu rekam medis akan kurang baik, dan diikuti dengan mutu rumah sakit yang kurang baik. Akibat dari resume medis yang tidak ada atau tidak di isi dengan lengkap. Karena resume medis mencerminkan ringkasan segala informasi yang penting, menyangkut pasien dan bisa dijadikan

sebagai dasar untuk melakukan tindakan yang lebih lanjut.

Menurut Huffman (1994), tinggi rendahnya mutu rekam medis dan resume medis sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor sumber daya yang ada dalam rumah sakit, seperti tenaga, sarana, metode, teknologi yang digunakan dan pembiayaan serta interaksi pemanfaatan sumber daya rumah sakit yang digerakkan melalui proses dan prosedur tertentu sehingga interaksi dari sumber daya menghasilkan mutu rekam medis yang baik dengan indikator rekam medis yang lengkap, akurat, tepat waktu dan memenuhi persyaratan, untuk menjaga jasa pelayanan kesehatan rumah sakit.

Dokter yang menangani pasien pada unit rawat inap mempunyai kontribusi yang besar dalam kelengkapan pencatatan dan pengisian berkas rekam medis dan akan mempengaruhi proses pelayanan di rumah sakit yang bersangkutan, pengisian yang bertahap akan mempermudah membuat resume akhir perawatan

b. Tujuan Resume Medis

Beberapa tujuan dari Resume Medis yaitu:

- 1) Untuk menjaga kelangsungan mutu pelayanan medis, dikarenakan data medis ini sangat berharga bagi dokter, terutama untuk kasus-kasus pasien yang dirawat kembali.
- 2) Untuk memberi bahan pembicaraan bagi komite rekam medis bila terdapat kasus-kasus sulit.
- 3) Untuk memberikan jawaban bagi kantor asuransi pasien, dokter pengirim, konsulen, tentang perjalanan penyakit pasien, pengobatan dan perawatannya.
- 4) Agar dokter / asisten ahli dapat mengumpulkan dan menyimpan kasus-kasus yang menarik atau kasus bedah dimana yang bersangkutan ikut membentuknya. Resume medis berisi keterangan yang penting tentang penyakit pasien dan pengobatannya.

Pada resume medis tercantum : nama suami, nama pasien, umur, kelas, instansi suami, instansi pasien, alamat rumah, tanggal masuk, tanggal keluar, diagnose masuk, pengobatan, anjuran dokter, tandatangan dokter, nama dokter, tanggal pengisian

8. Klaim

a. Pengertian Klaim

Menurut Pamjaki (2014) klaim adalah sesuatu dimana tertanggung membuktikan kerugian yang ditanggung dan menyertakan bukti yang diperlukan kepada perusahaan asuransi untuk menerima klaim dan memberikan manfaat untuk menggambarkan proses tersebut. Sedangkan Menurut Khoiril (dalam Rian et al, 2018) menjelaskan bahwa klaim adalah: "Permintaan peserta, ahli warisnya, atau pihak lain yang terlibat perjanjian dengan perusahaan asuransi atas terjadinya musibah yang menyebabkan kerugian dan peserta berhak menerima tanggungan berdasarkan perjanjian."

Klaim adalah pengajuan hak yang dilakukan oleh tertanggung kepada penanggung untuk mendapatkan haknya berupa pertanggungan atas kerugian berdasarkan perjanjian atau akad yang telah di buat. Dengan kata lain, klaim adalah proses pengajuan oleh peserta untuk mendapatkan uang pertanggungan setelah peserta melaksanakan seluruh kewajibannya kepada perusahaan asuransi berupa penyelesaian pembayaran premi sesuai dengan kesepakatan sebelumnya (Mustafa, 2009). Dari Ulasan diatas dapat disimpulkan bahwa Klaim adalah bentuk pengajuan hak penerima manfaat atas kerugian berdasarkan perjanjian atau akad yang telah di buat.

b. Prosedur klaim

Prosedur klaim BPJS Kesehatan:

- 1) Ruang rawat inap, rawat jalan, IGD
- 2) Rekam medis
- 3) Berkas klaim
- 4) Grouping INA-CBG

- 5) Verifikasi berkas dan klaim oleh rumah sakit
- 6) Pengajuan klaim oleh rumah sakit
- 7) Pengiriman berkas klaim
- 8) Verifikasi berkas dan klaim oleh BPJS
- 9) Persetujuan klaim
- 10) Pembayaran klaim

9. Manajemen Klaim

Pada manajemen klaim terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- a. Adanya dua belah pihak yang telah melakukan perjanjian. Hal ini memberikan gambaran jelas siapa yang memiliki hak serta kewajiban.
- b. Adanya perjanjian yang resmi antara kedua pihak terhadap perjanjian yang mereka sepakati bersama. Ikatan tersebut meliputi saling percaya, saling mengikat secara etis, dan secara hukum.
- c. Adanya *Informed Consent* yang artinya kedua pihak memahami aspek yang telah mengikat mereka. Adapun ikatan tersebut dilakukan dengan dasar kesadaran, kesukarelaan dan bukan paksaan, ancaman, dan tipuan.
- d. Didokumentasikan. Dokumentasi dari pernyataan ikatan antara kedua pihak digunakan untuk menghindari kemungkinan terjadinya pengingkaran oleh salah satu pihak, bisa disengaja atau tidak disengaja. Biasanya bentuk perjanjian ini berupa sertifikat polis yang berhubungan dengan kewajiban dan tanggung jawab dari kedua belah pihak secara tertulis (Yaslis Ilya, 2006).

10. *Bronchopneumonia*

a. Pengertian *Bronchopneumonia*

Bronchopneumonia merupakan peradangan pada paru-paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, benda asing (Wijaya & Putri, 2013). *Bronchopneumonia* merupakan peradangan pada paru-paru yang mengenai satu atau beberapa lobus paru-paru yang ditandai dengan adanya bercak-bercak infiltrate yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda asing (Wijayaningsih, 2013).

Bronchopneumonia pada umumnya disebabkan oleh penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Penyebab *Bronchopneumonia* yang biasa ditemukan antara lain (Padila, 2013):

1) Bakteri

Bakteri yang menyebabkan terjadinya *Bronchopneumonia* adalah: streptococcus pneumonia, streptococcus aerous, streptococcus pyogenesis, haemophilus influenza, klebsiella pneumonia, pseudomonas aeruginosa.

2) Virus

Virus yang menyebabkan terjadinya *Bronchopneumonia* adalah virus influenza yang menyebar melalui transmisi droplet. Penyebab utama pneumonia virus adalah Cytomegalo virus.

3) Jamur

Jamur yang menyebabkan terjadinya infeksi adalah histoplasmosis yang menyebar melalui penghirupan udara yang mengandung spora dan biasanya ditemukan pada kotoran burung, tanah, dan kompos.

11. Tarif INA-CBG

a. Pengertian Tarif INA-CBG

Menurut Permenkes No 3 tahun 2023 yaitu besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis.

b. Tarif INA-CBG untuk pelayanan yaitu;

- 1) Administrasi pelayanan;
- 2) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar di unit gawat darurat;
- 3) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
- 4) Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non-bedah

sesuai dengan indikasi medis;

- 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, termasuk untuk pemberian sekurang-kurangnya 7 (tujuh) hari obat penyakit kronis;
- 6) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- 7) Rehabilitasi medis;
- 8) Rehabilitasi psikososial sesuai indikasi medis dengan terapi medis;
- 9) Pelayanan darah, termasuk kantong darah;
- 10) Pelayanan pemulasaran jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan, tidak termasuk peti jenazah;
- 11) pelayanan kontrasepsi meliputi:
 - a) Pelayanan KB pascapersalinan;
 - b) KB pascakeguguran;
 - c) Pemasangan/pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dan Implan interval dengan indikasi medis;
 - d) Tubektomi/Metode Operasi Wanita (MOW) interval dengan indikasi medis; dan
 - e) Penanganan komplikasi penggunaan kontrasepsi;
- 12) Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), untuk pemasangan pertama;
- 13) Perawatan inap non-intensif; dan
- 14) Perawatan inap di ruang intensi

12. Pending Klaim

a. Pengertian Pending Klaim

Pending klaim artinya tidak terklaim atau tertunda. Klaim yang dipending menyebabkan aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Klaim yang dipending juga dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit pemerintahan yang banyak menerima pasien jaminan Kesehatan sehingga mengalami

kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan (Mira Puspaningsih, 2022).

b. Faktor-Faktor Pending Klaim

1) Ketidakesuaian Diagnosis

Ketidakesuaian Diagnosis yang dikarenakan kurangnya pengetahuan koder tentang aturan surat edaran BPJS Kesehatan terbaru

2) Tidak adanya bukti laporan penunjang

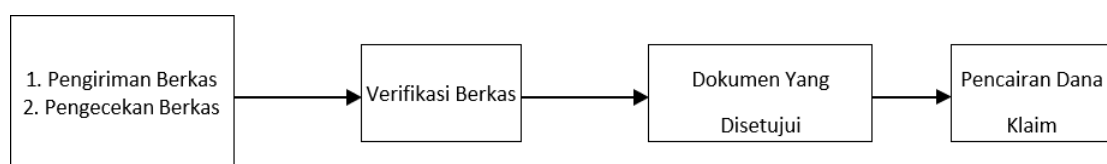
Bagian dari pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter untuk mengdiagnosis penyakit tertentu

3) Persyaratan Berkas klaim yang tidak lengkap

Persyaratan berkas klaim yang tidak lengkap seperti dokumen yang tidak lengkap dalam proses verifikasi berkas klaim dibagian assembling seperti tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang pasien karena diduga banya jumlah pasien tidak ada tanda tangan dokter serta jam masuk keluar yang tidak lengkap.

B. Kerangka Teori

Berikut petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan 2014



Gambar 2 1 Kerangka Teori Menurut UMY Repository

C. Kerangka Konsep



Gambar 2 2 Kerangka Konsep