

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### A. Telaah Pustaka

##### 1. Asuransi Kesehatan (*Health Insurance*)

Asuransi atau pertanggungan menurut Undang-Undang No. 2 Tahun 1992, diartikan sebagai perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri pada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian pada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan. (Negara Republik Indonesia 1992)

Menurut (Mukti, 2004) Ada dua jenis asuransi kesehatan menurut jenis pengelolaan yaitu :

- a. Asuransi kesehatan komersial berorientasi pada profit dan tidak memungkinkan terjadinya mekanisme gotong-royong diantara berbagai elemen lapisan masyarakat.
- b. Asuransi kesehatan sosial adalah suatu sistem manajemen risiko social seperti risiko kehilangan pendapatan atau biaya kebutuhan medis karena sakit yang risiko tersebut dipadukan (*pooled*) atau dipindahkan dari individu ke kelompok dengan kepersertaan yang bersifat wajib,

dimana kontribusi diatur oleh peraturan tanpa memperhatikan tingkat risiko individu, sedangkan kontribusi terkait dengan pendapatan (biasanya dalam bentuk presentasi pendapatan), berorientasi *not-for-profit* untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, dikelola secara professional dan “*surplus*” dikembalikan lagi ke masyarakat untuk memberikan pelayanan yang lebih baik (Amara & Aljunid 2014).

Menurut KBBI Asuransi kesehatan adalah merupakan lembaga sosial yang bergerak di bidang pengusahaan jaminan pelayanan kesehatan dan mengatur hak dan kewajiban peserta. Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan adalah jaminan 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. Jaminan ini disebut Jaminan Kesehatan Nasional karena semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan

kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2013, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014. BPJS Kesehatan sebelumnya bernama Askes (Asuransi Kesehatan), yang dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero), namun sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. Askes Indonesia berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014 . (Taliana D. Malonda, A. J. M. Rattu 2015)

Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/ atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan. Atas dasar iuran yang dibayarkan setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Adapun manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan sebagai berikut : (Kementerian Kesehatan RI, 2013) :

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
  - 1) Administrasi pelayanan
  - 2) Pelayanan promotif dan preventif
  - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
  - 4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
  - 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
  - 6) Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
  - 7) Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
  - 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi (Kementerian Kesehatan RI, 2013)
  
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
  - 1) Rawat jalan, meliputi:
    - a) Administrasi pelayanan
    - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis
    - c) Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
    - d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
    - e) Pelayanan alat kesehatan implant
    - f) Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis

- g) Rehabilitasi medis
  - h) Pelayanan darah
  - i) Pelayanan kedokteran forensik
  - j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan
- c. Rawat Inap yang meliputi:
- 1) Perawatan inap non intensif
  - 2) Perawatan inap di ruang intensif
  - 3) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri  
(Kementerian Kesehatan RI, 2013)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketengakerjaan. Adapun kepesertaan BPJS meliputi : (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

- a. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar Iuran.
- b. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
- c. Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Peserta tersebut meliputi: Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.

b. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

a) Pegawai Negeri Sipil

b) Anggota TNI

c) Anggota Polri

d) Pejabat Negara

e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri

f) Pegawai Swasta

g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri

b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.

c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
  - a) Investor
  - b) Pemberi Kerja
  - c) Penerima Pensiun
  - d) Veteran
  - e) Perintis Kemerdekaan
  - f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas:
  - a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
  - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
  - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun
  - d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c
  - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
- 5) Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
  - a) Istri atau suami yang sah dari Peserta
  - b) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria:
    - i. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri.

ii. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal. Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

6) WNI di Luar Negeri

Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 tahun 2013 tentang Standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan dibedakan menjadi :

- a) Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. BPJS Kesehatan membayar kapitasi setiap bulan maksimal tanggal 15 (Lima Belas) bulan berjalan tanpa perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.
- b) Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan yang melaksanakan pelayanan kesehatan kepada Peserta Program Jaminan Kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Pertama dan pelayanan Kebidanan dan Neonatal.

- c) 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 layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit.

Dulu tarif di Indonesia *Diagnosis Related Group* (DRG) sekarang menjadi Case Based Groups/CBGs untuk pelayanan di Rumah Sakit. *Diagnostic Related Group's* adalah sistem pemberian imbalan jasa pelayanan pada PPK yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan *diagnose*, tanpa memperhatikan jumlah tindakan/pelayanan yang diberikan. Konsep ini dikembangkan di AS pada peserta program *Medicare* dan *Medicaid*, melalui suatu studi yang diselenggarakan oleh "Yale – University"(1984). Tujuan penerapan DRG's adalah untuk upaya pengendalian biaya dan menjaga mutu pelayanan. (Sulastomo 2000)

*System Diagnose Related Group* (DRG system) pembayaran dilakukan dengan melihat diagnosis penyakit yang dialami pasien. Sejak tahun 2008, Indonesia telah membayar rumah sakit yang melayani program Jamkesmas dengan sistem pembayaran prospektif yang dikemas dalam bentuk DRG (*Diagnosis-Related Group*). Sistem ini berlanjut

ditahun 2014 melalui program Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS Kesehatan akan membayar Rumah sakit berdasarkan besaran yang sudah ditetapkan sesuai dengan diagnosa pasien dengan sistem Ina CBG's (*Case Based Group*) yang di atur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor (440/MENKES/SK/XII/2012) tentang tarif rumah sakit berdasarkan *INDONESIA Case Based Groups* (INA-CBGs) .

Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBGs) dianggap lebih universal, dapat dimodifikasi sesuai kebutuhan local dan Intellectual Property (IP) bisa dimiliki. Melalui INA-CBGs dapat terbaca oleh kode ICD 10 dan ICD 9 dengan mudah karena menggunakan 5 digit yang terdiri dari alphabet dan numerik yang ekuivalen dengan kode ICD 10 untuk diagnosa (14.500 kode) dan ICD 9 untuk prosedur/tindakan (7.500 kode) yang dikelompokkan menjadi 1077 kode CBG (789 rawat inap dan 288 rawat jalan). Adapun tarif INA- CBG's meliputi: (Kemenkes, 2012)

- a) Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 1.
- b) Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 2.
- c) Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 3.
- d) Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 4.

- e) Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D dalam regional 5.
- f) Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit umum rujukan nasional.
- g) Tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit khusus rujukan nasional (Kemenkes, 2012).

Kekuatan cara pembayaran pelayanan kesehatan *fee for service* :

- a) Merupakan sistem yang baik untuk memberikan imbalan yang sesuai dengan tingkat kesulitan pasien.
- b) Pendapatan dokter dapat dihubungkan dengan beban pekerjaannya.
- c) Dokter tergerak membuat catatan prakteknya secara berlebihan.
- d) Pasien mempunyai kekuatan untuk mempengaruhi dokter agar memberikan pelayanan terbaik untuk dirinya.

Sedangkan untuk kapitasi memiliki kekuatan :

- a) Secara administratif mudah
- b) Penanganan medis tidak dipengaruhi meminimalkan oleh keuntungan ekonomi.
- c) Memudahkan penyusunan anggaran belanja pelayanan kesehatan.
- d) Dokter tergerak untuk meminimalkan biaya penanganan medik (Trisnantoro, 2004).

Kelemahan cara pembayaran pelayanan kesehatan *fee for service* :

- a) Merangsang dokter untuk memberikan pelayanan berlebihan dengan dasar motivasi ekonomi (menaikan pendapatan).

- b) Dokter cenderung memberikan pelayanan medik ke kasus-kasus yang memberikan keuntungan besar.
- c) Mempunyai tendensi meningkatkan inflasi pelayanan kesehatan.
- d) Sulit menyusun anggaran sebelumnya.

Sedangkan untuk pembayaran dengan kapitasi memiliki kelemahan sebagai berikut :

- a) Dokter cenderung memiliki orang-orang yang tidak mempunyai risiko sakit parah atau memiliki pasien yang tidak kompleks.
- b) Dokter mungkin menjadi kurang melayani pasiennya, tidak ramah, tergesa-gesa dan berperilaku tidak baik. Keadaan ini diperparah apabila dokter mempunyai tanggungan yang terlalu banyak.
- c) Catatan mengenai prakteknya cenderung menjadi tidak baik.
- d) Jika tujuan kapitasi untuk mengurangi anggaran berjalan keterlaluhan, maka pasien akan menjadi terlantar (Trisnantoro, 2004).

## 2. Rekam Medis

### 1. Pengertian Berkas Rekam Medis

Berkas rekam medis merupakan naskah-naskah atau berkas-berkas yang berisikan catatan atau dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan , pengobatan, tindakan dan penyakit lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Berkas rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana kesehatan .

a. Tujuan dari rekam medis adalah untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

b. Kegunaan Rekam Medis

- 1) Administrasi data dan informasi yang dihasilkan rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya
- 2) Hukum/Legal, sebagai bukti hukum yang dapat memberikan perlindungan hukum terhadap pasien, provider kesehatan (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan
- 3) Keuangan/Financial, setiap jasa yang diterima oleh pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar akan dapat digunakan untuk menghitung biaya yang harus dibayar pasien, selain itu juga jenis dan jumlah kegiatan pelayanan yang tercatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.
- 4) Research, berbagai macam penyakit yang telah dicatat ke dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk melakukan penelusuran guna kepentingan penelitian.

- 5) Education, para mahasiswa atau pendidik atau peneliti dapat belajar dan mengembangkan ilmunya dengan menggunakan dokumen rekam medis
- 6) Sejarah/dokumentasi, Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

## 2. Macam-macam Berkas Rekam Medis

- a. Berkas Rekam Medis aktif merupakan berkas rekam medis yang masih aktif digunakan di sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan masih tersimpan di tempat penyimpanan berkas rekam medis.
- b. Berkas rekam medis in-aktif merupakan berkas rekam medis yang apabila telah disimpan minimal selama lima tahun di unit kerja rekam medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani pada sarana pelayanan kesehatan atau lima tahun setelah meninggal dunia.

## 3. Analisis Kualitatif

### a. Pengertian Analisis Kualitatif

Analisis Kualitatif adalah aktifitas intensife yang memerlukan pengertian yang mendalam, kecerdikan, kreativitas, kepekaan konseptual, dan pekerjaan berat. Analisis kualitatif tidak berproses

dalam suatu pertunjukan linier dan lebih sulit dan kompleks dibanding analisis kuantitatif sebab tidak diformulasi dan distandardisasi.

Analisis Kualitatif : Pertimbangan-pertimbangan Umum

Tujuan dari analisis data, dengan mengabaikan jenis data yang dimiliki dan mengabaikan tradisi yang sudah dipakai pada koleksinya, apakah untuk menentukansuatu proses dalam mengidentifikasi.

Langkah-langkah analisis kualitatif antara lain:

Telaah/*review* bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. Suatu review dari area tertentu catatan medis untuk mengidentifikasi difisiensi spesifik.

Tujuan Analisis Kualitatif

- 1) Memperoleh pemahaman makna.
  - 2) Mengembangkan teori dan menggambarkan realita yang kompleks
  - 3) Memperoleh pemahaman tentang hal yang diamati serta memperoleh teori baru
- b. Hasil Analisis Kualitatif yang diharapkan
- 1) Identifikasi kekurangan-kekurangan pencatatan yang harus dilengkapi oleh pemberi pelayanan kesehatan dengan segera.

- 2) Kelengkapan rekam medis sesuai dengan peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi, keperluan sertifikat lainnya.
- 3) Mengetahui hal-hal yang berpotensi untuk membayar ganti rugi.

#### 4. Komponen Analisis Kualitatif

Komponen dasar meliputi suatu review medis :

- a. Memeriksa identifikasi pasien setiap lembaran rekam medis  
Minimal setiap lembar berkas mempunyai nama dan no. rekam medis pasien. Bila ada lembaran tanpa identitas maka harus direview untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut.
- b. Adanya semua laporan yang penting  
Adanya lembaran laporan yang umum terdapat rekam medis. Prosedur analisis kuantitatif harus menegaskan laporan mana yang akan diperiksa, kapan saja dan pada keadaan yang bagaimana sehingga tidak ada laporan yang difisiensi.
- c. Adanya autentikasi penulis  
Autentikasi dapat berupa tanda, cap/stempel, inisial yang dapat diidentifikasi dalam rekam medis atau kode seseorang untuk komputerisasi dan harus ada title/ gelar profesional ( Dokter ).
- d. Terciptanya pelaksanaan rekaman / pencatatan yang baik  
Analisis kualitatif memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca. Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas.

## 5. Lembar Resume

### a. Pengertian Lembar Resume

Lembar resume adalah lembaran pada bagian akhir catatan perkembangan atau dengan lembaran tersendiri yang singkat dan menjelaskan informasi penting tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya serta harus ditulis segera setelah pasien keluar.

### b. Tujuan dibuat Lembar Resume

Tujuan dibuatnya lembar resume adalah :

- 1) Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan yang berguna bagi dokter yang menerima apabila pasien tersebut di rawat kembali di rumah sakit.
- 2) Sebagai bahan penilaian staf medis di rumah sakit.
- 3) Untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari perusahaan Asuransi (dengan persetujuan Pimpinan).
- 4) Untuk diberikan tembusannya kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.

### c. Isi dari lembar Resume.

Lembar resume berisi antara lain :

- 1) NO. RM
- 2) Nama

- 3) Umur
- 4) Jenis Kelamin
- 5) Suku bangsa
- 6) Agama
- 7) Kelas atau bangsal
- 8) Tanggal masuk
- 9) Tanggal keluar
- 10) Diagnosa waktu masuk dirawat
- 11) Diagnosa akhir
- 12) Operasi
- 13) Ringkasan riwayat penemuan fisik penting :
  - a) Riwayat
  - b) Pemeriksaan fisik
- 14) Hasil-hasil laboratorium rontgen dan konsultan (yang penting).Perkembangan selama perawatan dengan komplikasi (jika ada)
- 15) Keadaan pasien, pengobatan, kesimpulan pada saat keluar dan prognosa.
- 16) Tanggal
- 17) Tanda tangan dan nama dokter.)

### 3. INA-CBGs

Pola pembayaran *Case Based Groups* adalah salah satu pola pembayaran prospektif kepada FKRTL berupa pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBGs Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PerMenkes) Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada FKTP dan FKRTL dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan.

Dalam menunjang kesuksesan program JKN, BPJS Kesehatan menggunakan suatu metode pembiayaan baru pada fasilitas kesehatan tertentu, khususnya rumah sakit. Metode pembiayaan yang diterapkan dalam era JKN adalah metode pembayaran prospektif dan diharapkan dapat mewujudkan harapan sebagaimana tersebut di atas. Salah satu metode pembayaran prospektif yang kini dianut di Indonesia adalah *casemix (case based payment)* dan telah diterapkan sejak tahun 2008 pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan tiga kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG tahun 2008, tarif INA-CBGs tahun 2013 dan tarif INA-CBGs tahun 2014. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (Aljunid et al. 2011).

Tarif INA-CBGs dalam Jaminan Kesehatan Nasional Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program JKN per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI dengan beberapa prinsip, salah satunya adalah tarif dikelompokkan menurut tipe dan kelas rumah sakit, yaitu terdiri dari: tarif rumah sakit kelas A, tarif rumah sakit kelas B, tarif rumah sakit kelas B pendidikan, tarif rumah sakit kelas C, tarif rumah sakit kelas D, tarif rumah sakit khusus rujukan Nasional, 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*.

Tarif rumah sakit terbagi atas 5 (lima) Regional didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (AFKTL). Regionalisasi tarif INA-CBGs yang dimaksud antara lain: Regional I yaitu: Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, dan Jawa Timur; Regional II yaitu: Sumatera Barat, Riau, Sumatera Selatan, Lampung Bali, dan NTB; Regional III yaitu: NAD, Sumatera Utara, Jambi, Bengkulu, Kepulauan Riau, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat; Regional IV yaitu: Kalimantan Selatan dan Kalimantan Tengah; Regional V yaitu: Bangka Belitung, NTT,

Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat. (Binsasi 2016)

#### 4. Koding INA-CBGs

Koding Diagnosis : adalah Proses pengklasifikasian data (diagnoses) & Penentuan code (sandi ) nomor/alfabet/ atau alfanumerik untuk mewakilinya.

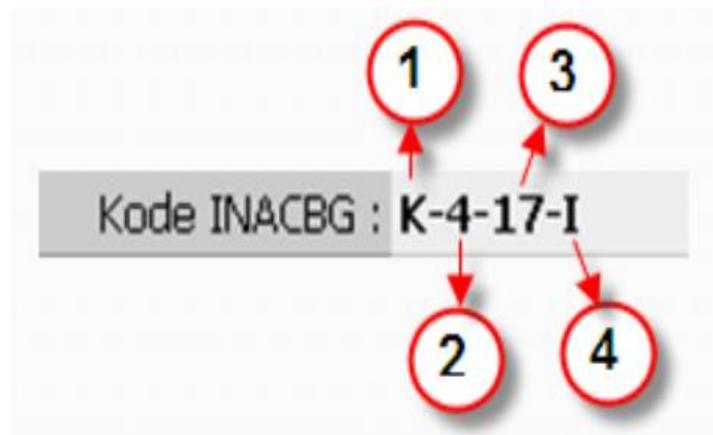
Tujuan Koding adalah :

- a. Memudahkan pencatatan, pengumpulan dan pengambilan kembali informasi sesuai diagnose ataupun tindakan medis
- b. Memudahkan entry data ke database komputer yang tersedia ( satu Code bisa mewakili beberapa terminologi yang digunakan para dokter )
- c. Menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran/penagihan biaya yang dijalankan /diaplikasi .
- d. Memaparkan indikasi alasan mengapa pasien memperoleh asuhan/perawatan/pelayanan justifikasi runtunan kejadian
- e. Menyediakan informasi diagnoses dan tindakan (medis/operasi) bagi riset edukasi dan kajian asesment kualitas keluaran / *outcome* (legal dan otentik)

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs 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 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. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia et al. 2014)

Gambar 2.1  
Struktur Kode INA CBG



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*

##### **5. SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit)**

Sistem Informasi Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk

memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. Salah satu manfaat SIRS adalah memiliki kemampuan komunikasi data (interoperabilitas) dengan Indonesia *Case Base Group's* (INA CBG's). (kementrian kesehatan 2013)

Syarat supaya SIRS dapat dilakukan *bridging* dengan aplikasi INA-CBG's adalah SIRS telah menampung atau menyimpan 14 (empat belas) variable yang dibutuhkan dalam INA-CBG's. Ke empat belas variable tersebut adalah : Identitas Pasien (no RM, dll), Tanggal masuk RS, Tanggal keluar RS, Lama Hari Rawat (LOS), Tanggal Lahir, Umur (th) ketika masuk RS, Umur (hr) ketika masuk RS (pd bayi), Umur (hr) ketika keluar RS, Jenis kelamin, Status keluar RS (outcome), Berat Badan Bayi Baru Lahir (gr), Diagnosis Utama didasarkan pada ICD X, Diagnosis Sekunder (Komplikasi & Komorbiditi) didasarkan pada ICD X, Prosedur medis didasarkan pada ICD9-CM

Aplikasi INA-CBG's menyediakan fitur import. Fitur import digunakan untuk memasukan data secara masal dari SIRS dalam bentuk file text dengan struktur tertentu. Tidak penting cara menggunakan software tersebut, misalnya dengan membuat file text untuk dilakukan import data, yang terpenting adalah isi dari file text memenuhi syarat dengan standar yang telah ditentukan.

## 6. Keterkaitan kode Diagnosis dengan INA-CBG's

CBG's adalah kepanjangan dari *Case Base Groups* yaitu sebuah sistem pembayaran dengan sistem paket, berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Untuk lebih gamblang, sebuah contoh misalnya, seorang pasien menderita demam berdarah. Dengan demikian, sistem INA-CBG's sudah menghitung layanan apa saja yang akan diterima pasien tersebut, berikut pengobatannya, sampai dinyatakan sembuh. Dalam pembayaran menggunakan CBG's, baik Rumah Sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode DRG. Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara provider/asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya. Perkiraan waktu lama perawatan (*length of stay*)/LOS yang akan dijalani oleh pasien juga sudah diperkirakan sebelumnya disesuaikan dengan jenis diagnosis maupun kasus penyakitnya.

Ketepatan pengkelasan CBGs (*CBGs grouping*) sangat tergantung kepada ketepatan diagnosis utama. Diagnosis utama akan menentukan MDC (*Major Diagnostic Category*) atau sistem organ yg terlibat. Tingkat keparahan penyakit (*severity level*) ditentukan oleh diagnosis sekunder, prosedur dan umur pasien. Ketepatan jumlah biaya rawatan pasien ditentukan oleh ketepatan pengkelasan CBGs dan pemilihan diagnosis. Mengikuti standar resmi WHO dalam pengkodean diagnosis (*WHO*

*Morbidity Reference Group*) mengikuti standar resmi aturan koding ICD X dan ICD 9-CM .

Paket layanan kesehatan yang didapat pasien merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan. Di dalamnya mencakup jenis obat dan kelas perawatan bila harus menjalani rawat inap. Sistem ini sangat efisien sehingga ada standar mutu pelayanan yang seragam bagi warga yang membutuhkan. Konsep INA-CBG's disusun Kementerian Kesehatan, sistem pembayaran ini akan diterapkan di seluruh Indonesia. Berbeda dengan program jaminan kesehatan yang pernah ada sebelumnya, INA-CBG's dapat dikontrol dengan lebih baik. Perbedaan paling mendasar adalah ada atau tidaknya standar layanan kesehatan dimana dulu, klaim yang diajukan rumah sakit tidak terkontrol. Model paket pelayanan esensial rumah sakit itu seolah-olah tidak ada batasan klaim pasien hingga berpengaruh di pelayanan yang bervariasi atau tidak merata.

Selama ini yang terjadi dalam pembiayaan kesehatan pasien di sarana pelayanan kesehatan adalah dengan *Fee-for-service* (FFS), yaitu Provider layanan kesehatan menarik biaya pada pasien untuk tiap jenis pelayanan yang diberikan. Setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tarif yang ada di Rumah Sakit. Tarif ditentukan setelah pelayanan dilakukan. Dengan sistem *fee for service* kemungkinan moral *hazart* oleh pihak rumah sakit relatif besar, karena tidak ada perjanjian dari awal antara pihak rumah sakit dengan pasien, tentang standar biaya maupun standar lama waktu hari perawatan (*length*

*of stay*). Sistem INA-CBG's, mengantisipasi hal-hal semacam itu terus terjadi, dengan INA-CBG's rumah sakit dituntut memberikan pelayanan sesuai standar, dan yang paling penting tak mengejar profit semata.

Menurut Depkes RI, 2008 sebagian besar rumah sakit di Indonesia yang menerapkan sistem *case mix* / INA-CBG's belum dapat membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengkodeannya. Apabila informasi yang dicantumkan pada dokumen rekam medis penulisannya tidak lengkap, maka kemungkinan kode diagnosis juga tidak akurat dan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan.

Ketidakkuratan kode diagnosis akan mempengaruhi data dan informasi laporan, ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien jamkesmas, jamkesda, jampersal, askes PNS yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) di Indonesia. Apabila petugas kodefikasi (*coder*) salah dalam menetapkan kode diagnosis, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda.

Tarif pelayanan kesehatan yang rendah tentunya akan merugikan pihak rumah sakit, sebaliknya tarif pelayanan kesehatan yang tinggi terkesan rumah sakit diuntungkan dari perbedaan tarif tersebut sehingga merugikan pihak penyelenggara jamkesmas maupun pasien.(Pujihastuti & Sudra 2014). Menurut (Widayanti 2016) tingkat ketidaksesuaian kode diagnosis rawat jalan

pada rekam medis rawat jalan dan software INA CBGs mencapai 22%.

## **B. Penelitian Terdahulu**

Penelitian mengenai INA-CBGs yang sudah pernah dilakukan antara lain :

1. Penelitian di RSUP DR. Sardjito, Yogyakarta, yaitu Perbandingan Biaya Riil Dengan Tarif Paket INA-CBG's dan analisis faktor yang mempengaruhi biaya Riil pada pasien Diabetes Melitus Rawat Inap, hasilnya Besar perbedaan antara biaya riil dengan tarif paket INA-CBG's untuk masing- masing keparahan adalah sebagai berikut: keparahan I (E-4-10-I) nilainya yakni sebesar Rp5.325.126,00 (selisih positif); keparahan II (E-4-10-II) adalah sebesar -Rp22.411,00 (selisih negatif); dan keparahan III (E-4-10-III) adalah sebesar -Rp3.038.240,00 (selisih negatif) dan Faktor-faktor yang mempengaruhi biaya riil pada pasien rawat inap Jamkesmas diabetes melitus dengan kode INA-CBG's E-4-10-II di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta adalah biaya obat/barang medik, biaya pemeriksaan patologi klinik, dan biaya labu darah. Sedangkan faktor mempengaruhi biaya riil pada pasien rawat inap Jamkesmas diabetes melitus dengan kode INA-CBG's E-4-10-III adalah biaya visite, biaya pemeriksaan patologi klinik, biaya pelayanan instalasi dialisis, dan biaya obat/barang medik. (Sari et al. 2013).
2. Penelitian di Rumah Sakit Tentara Tk II dr. Soepraoen Malang, yaitu Peran Pengetahuan dan Sikap Dokter dalam Ketepatan Koding Diagnosis berdasar ICD 10, hasilnya Hasil penelitian menunjukkan

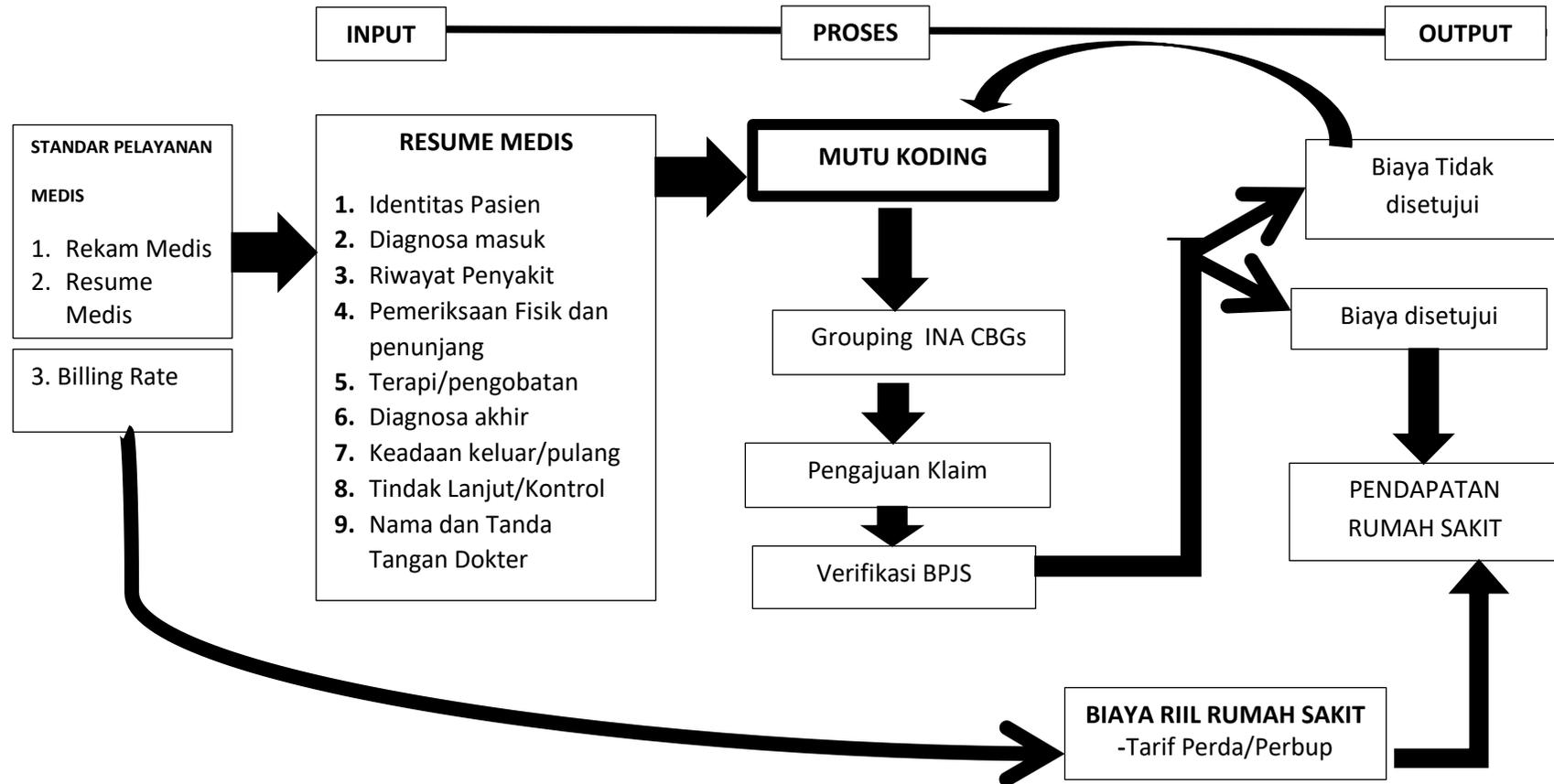
kodefikasi penyakit dengan menggunakan ICD-10 di Unit Jamkesmas oleh petugas perawat karena pemahaman dokter tentang ICD-10 dan INA CBGs kurang baik. (Fatimah 2015)

3. Penelitian di RSUD Kota Semarang yaitu Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis dan Diagnosis Asuransi dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), hasilnya penyebab perbedaan karena perbedaan diagnosis dan tindakan medis standar pelayanan medis dokter di RS dengan standar INA-CBGs. Untuk mencegah perbedaan diagnosis klinis dan asuransi, maka RSUD Kota Semarang sudah membentuk tim verifikator internal rumah sakit dan *Clinical Micro System Team*. Komite medik juga berperan membantu untuk membantu meminimalisir kejadian upcoding yaitu dengan memperbanyak jenis Clinical Pathway sebagai acuan bagi dokter untuk mendiagnosa dan menentukan jenis tindakan pada pasien. (Agiwahyunto 2016)
4. Penelitian di RSUP Dr. M. Djamil Padang, yaitu Analisis Keefektifan Pengelolaan Informasi Kesehatan Berdasarkan Sistem Case-mix INA-CBGs Pasien Jamkesmas Pada Bangsal Bedah, hasilnya didapatkan bahwa kebijakan secara operasional belum ada, Tim case-mix sudah dibentuk, motivasi dan edukasi belum semua petugas mendapatkan, monitoring/evaluasi belum diterapkan Oleh sebab itu diharapkan kepada manajemen rumah sakit untuk menetapkan Standar

Operasional Prosedur, mengoptimalkan tim case-mix, melakukan sosialisasi, motivasi dan edukasi dalam pelaksanaan *case-mix*. Disamping itu didalam pengisian rekam medis (penulisan diagnosis) sebaiknya legible (mudah terbaca), sehingga memudahkan kegiatan pengkodean. (Oktamianiza 2008)

5. Penelitian di RSPJN Harapan Kita, yaitu Analisis Kelengkapan Catatan Rekam Medis Kasus Tetralogy of Fallot pada Implementasi INA-CBGS, hasilnya Ketidaklengkapan catatan rekam medis yang berakibat pada selisihklaim disebabkan oleh berbagai faktor yakni kurangnya tanggung jawab DPJP dan PPDS dalam mengisi rekam medis, terbatasnya jumlah komputer yang digunakan untuk melengkapi data rekam medis dan tidak adanya petunjuk kode ICD-10 yang terletak dekat dengan komputer, SPO pengisian rekam medis yang belum juga direvisi sejak tahun 2007, tidak optimalnya diseminasi informasi, serta pembinaan dan pemantauan terkait pengisian rekam medis yang belum efektif. (Sakidjan 2013)
6. Penelitian di RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone, yaitu Menuju Implementasi Pembayaran Prospektif, hasilnya potensi selisih terbesar pada pasien *secio secaria* antara lain adalah lama hari rawat, variasi biaya pelayanan, formularium rumah sakit dan standar BHP, rekam medis dan *billing* yang terkait dengan kodefikasi diagnosis dan prosedur/tindakan sesuai dengan ICDIX dan ICD-X. (Bausat 2013)

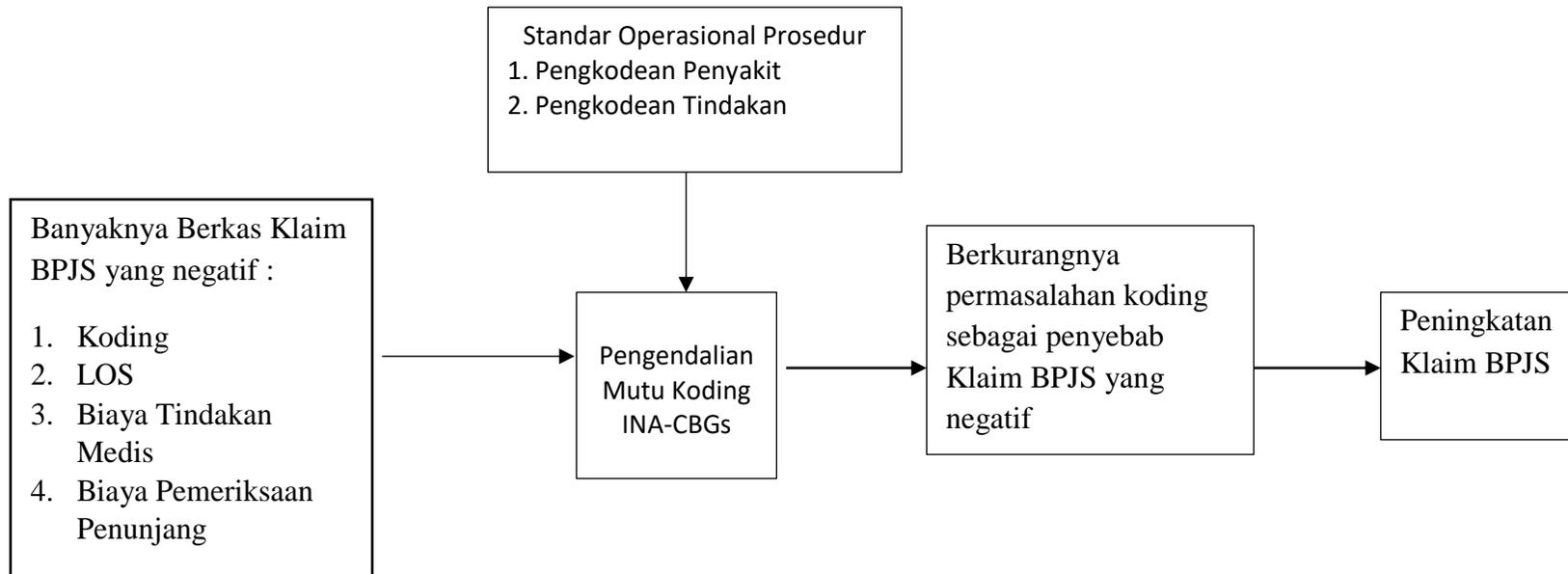
### C. Kerangka Teori



Sumber : Implementasi Koding ICD 10 dan ICD9CM dalam INA-CBGs (lily kresnowati 2005).

Gambar 2.2 Kerangka Penelitian

#### D. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

### **E. Pertanyaan Penelitian**

Apakah pengendalian mutu koding INA-CBGs dapat mengurangi klaim BPJS yang negatif yang disebabkan karena permasalahan koding?