

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan individu dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Presiden RI, 2021). Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis (Presiden RI, 2009).

Rekam Medis adalah dokumen yang berisi data identitas pasien, pemeriksaan, perawatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, 2022). Dalam rumah sakit rekam medis termasuk ke dalam pelayanan penunjang kesehatan (Presiden RI, 2021). Penyelenggaraan rekam medis dimulai saat diterimanya pasien di rumah sakit, dilanjutkan dengan kegiatan pencatatan data medis pasien oleh petugas yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien. Penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit meliputi *assembling*, pelaporan, *filing*, dan kodifikasi.

Pengkodean adalah proses pembuatan kode dengan menggunakan huruf dan angka (Hatta, 2013). Petugas kodifikasi bertugas memberikan kode diagnosis penyakit dan tindakan sesuai dengan diagnosis yang telah ditetapkan oleh DPJP. Koder melakukan kodifikasi dengan berpedoman pada *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (ICD-10) tahun 2010 untuk kode diagnosis penyakit dan *International Classification of*

Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9 CM) tahun 2010 untuk melakukan kodifikasi tindakan/ prosedur. Dalam program Jaminan Kesehatan Nasional yang menggunakan sistem *Indonesian Case Base Groups* (INACBGs), kode diagnosis yang dikode oleh koder sangat penting untuk mendapatkan hasil grouper dan klaim yang akurat (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

Pengkodean memiliki fungsi yang sangat penting dalam informasi kesehatan. Untuk memperoleh kepentingan informasi mengenai asuhan pasien, penelitian, peningkatan kinerja pelayanan, perencanaan, dan pengelolaan sumber daya, serta mendapatkan pembayaran kembali yang sesuai dengan pelayanan kesehatan yang diberikan. Sistem pembayaran yang sekarang menggunakan kode untuk menentukan jumlah pembayaran yang telah dilakukan secara penuh dan untuk memastikan keabsahan setiap pengeluaran biaya pelayanan (A. Mayang, Irmawati, G. Elise, 2017). Kode diagnosis memiliki peran penting dalam melakukan klaim, kode diagnosis yang tidak sesuai akan menyebabkan kerugian secara finansial bagi pihak rumah sakit maupun pihak BPJS. (WHO, 2010).

Pada penelitian sebelumnya terhadap faktor yang mempengaruhi pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Pemerintah Fatmawati Tahun 2020 pada bulan Maret – Mei terdapat 218 berkas klaim pasien rawat inap yang dikembalikan, yang terdiri dari tiga jenis pengembalian yaitu akibat Faktor Administrasi Kepesertaan 1,8%, Verifikasi Administrasi Pelayanan 17%, dan Verifikasi Pelayanan 81,2%. Faktor pengembalian yang disebabkan oleh verifikasi pelayanan adalah faktor pengembalian yang paling

sering terjadi di Rumah Sakit Umum Pemerintah Fatmawati pada tahun 2020 (Cathryn Gabriella, 2020).

Pada penelitian yang dilakukan di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021 terhadap pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap. Pada 227 sampel berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS didapatkan 2 (dua) jenis pengembalian klaim. Gagal terpurifikasi 54 (23,8%) dan pending 173 (76,2%) berkas klaim. Alasan pengembalian klaim terbanyak adalah diagnosis tidak diperkuat dengan tatalaksana dan hasil penunjang (Sander et al., 2022).

RSUD Dr Soeroto Ngawi merupakan rumah sakit umum pemerintah yang pasiennya menggunakan BPJS untuk berobat. Pengajuan klaim dilakukan oleh bagian *casemix* yang berada di bagian keuangan Rumah Sakit. Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan di rumah sakit tersebut masih terdapat klaim rawat inap yang dikembalikan oleh pihak BPJS. Berdasarkan pengajuan klaim bulan Oktober 2022 sebanyak 856 berkas klaim 9,9% berkas dikembalikan oleh pihak verifikator BPJS. Penyebab klaim dikembalikan disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu berdasarkan faktor kodefikasi penyakit maupun administrasi berkas. Hal tersebut menyebabkan klaim BPJS menjadi tertunda.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka peneliti mengambil judul “Tinjauan Ketidakkuratan Kodefikasi Penyakit Pada Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD Dr Soeroto Ngawi Tahun 2022”. Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan mampu mengetahui gambaran keakuratan kode pada pengembalian berkas klaim BPJS di RSUD Dr Soeroto Ngawi.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka perumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimanakah gambaran ketidakakuratan kodefikasi penyakit pada pengembalian berkas klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD Dr Soeroto Ngawi?

1.3 Tujuan

Berdasarkan perumusan masalah diatas maka tujuan penelitian ini adalah :

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran ketidakakuratan kode diagnosis penyakit pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr Soeroto Ngawi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi ketidakakuratan kode diagnosis penyakit pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr Soeroto Ngawi.

1.4 Manfaat

1.4.1 Aspek Teoritis

Dalam aspek teoritis manfaat penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan bagi instansi dan mahasiswanya.

1.4.2 Aspek Praktis

1. Rumah sakit

Penelitian ini menjadi gambaran dalam meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan di rumah sakit dan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan serta perencanaan dalam meningkatkan pelayanan di rumah sakit.

2. Peneliti

Sebagai penerapan ilmu pengetahuan yang didapat di bangku perkuliahan.

3. Poltekkes Malang

Sebagai bahan pembelajaran terkait materi kodefikasi.