

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Permenkes nomor 3 tahun 2020). Menurut Undang-Undang nomor 17 tahun 2023, pelayanan kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotive, preventif, kuratif, rehabilitative dan paliatif. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang sangat diperlukan untuk mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan berfungsi sebagai tempat untuk mengupayakan kesembuhan dan pemulihan kesehatan pada diri pasien yang harus sesuai dengan prosedur yang berlaku dan dapat dipertanggungjawabkan. Salah satu bagian yang terpenting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada pasien di rumah rumah sakit adalah rekam medis.

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan nomor 24 tahun 2022). Rekam medis merupakan sebuah pilar yang penting dalam suatu pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit, karena rekam medis mengandung aspek administrasi, aspek medis, aspek hukum, aspek penelitian, aspek pendidikan dan aspek dokumentasi. Oleh karena itu, isi rekam medis pasien harus lengkap, akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Sehingga rekam medis memiliki peranan yang sangat penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan baik untuk manajemen rumah sakit, dokter, perawat, pasien maupun keluarga pasien.

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dan alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam upaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan

perorangan, kelompok dan masyarakat. Dalam sistem kesehatan nasional, pembiayaan kesehatan adalah penataan sumber daya keuangan yang mengatur penggalan, pengalokasian dan membelanjakan biaya kesehatan dengan prinsip efisiensi, efektif, ekonomis, adil, transparan akuntabel dan berkelanjutan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembiayaan yang dialokasikan untuk kesehatan dikatakan baik apabila dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan, jumlahnya mencukupi dan dapat dimanfaatkan sebagai mana mestinya sehingga tidak terjadi pembengkakan biaya yang berlebihan (Indrayathi PA., Hardy PDK., 2018).

Jaminan kesehatan adalah jaminan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah (Peraturan Presiden RI Nomor 82 tahun 2018). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau yang disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan pemerintah pusat atau pemerintah daerah untuk program Jaminan Kesehatan. Sehingga setiap orang yang memiliki kartu BPJS Kesehatan dan rutin membayarkan iurannya, maka biaya kebutuhan kesehatannya akan ditanggung oleh pihak BPJS Kesehatan melalui proses klaim yang diajukan oleh pihak penyelenggara pelayanan kesehatan kepada pihak BPJS Kesehatan.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Proses klaim dilakukan menggunakan sistem INA-CBGs dengan melakukan pembayaran berdasarkan pengelompokan penyakit yang ditegakkan oleh DPJB (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan). INA-CBG's atau *Indonesia Case Base Groups* adalah sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah. Pengajuan klaim INA-CBGs berdasarkan pada diagnosis dan

tindakan pasien yang dirawat di rumah sakit. Koding dalam INA-CBGs menggunakan ICD-10 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD-9-CM untuk mengkode tindakan atau prosedur. Sumber data untuk mengkoding berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan atau prosedur yang terdapat pada resume medis pasien.

Menurut buku Manajemen Informasi Kesehatan II tahun 2017, koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan, tindakan serta diagnosis yang ada dalam berkas rekam medis harus diberi kode kemudian di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset dibidang kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 24 tahun 2022 Pasal 18 menyebutkan bahwasannya koding merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru atau International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur-prosedur yang sejenis ke dalam satu kelompok nomor kode penyakit dan tindakan yang sejenis. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD)* dari WHO, adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional (Hatta, 2013:131). Sistem klasifikasi merupakan kegiatan pengelompokkan penyakit dan tindakan menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions*) untuk mengkode penyakit dan ICD 9CM (*Internasional Classification of Disease and Revision Clinical Modification*) untuk mengkode tindakan.

Kakuratan pemberian kode diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh petugas rekam medis karena akan berpengaruh terhadap kelancaran klaim BPJS. Dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan tidak selalu berjalan dengan lancar, terkadang juga mengalami pending klaim. Pending

atau *unclaimed* adalah pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan karena belum lengkap atau tidak sesuai sehingga perlu direvisi kembali oleh pihak rumah sakit (unit *casemix*). Unit *casemix* adalah unit yang mengurus pengklaiman biaya perawatan atau biasa disebut dengan petugas verifikator di rumah sakit. Pending klaim dapat disebabkan oleh aspek administrasi, aspek medis maupun aspek koding. Contohnya kurangnya kelengkapan informasi dan koding yang tidak akurat yang menyebabkan banyak klaim yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan. Dengan adanya kasus pending klaim ini, akan memperlambat proses pembayaran oleh pihak BPJS yang harus dibayarkan kepada pihak penyelenggara pelayanan kesehatan.

Pada Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Robiayud Daniyah yang berjudul “Keakuratan Kodefikasi Diagnosis Pasien BPJS Kesehatan Rawat Inap dengan Kasus Pending Klaim (Dispute) di Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang” menyatakan hasil penelitian yang menunjukkan sebanyak 300 klaim tidak layak dan memerlukan klarifikasi atau konfirmasi dari pihak rumah sakit. Alasan berkas klaim dikembalikan yaitu karena faktor kode diagnosis sebesar 120 berkas klaim (40%), faktor non koding 104 berkas klaim (34,67%), dan yang terakhir faktor prosedur 76 berkas klaim (25,33%). Hasil analisis keakuratan kode diagnosis pasien BPJS Kesehatan rawat inap terhadap berkas klaim yang diteliti sebanyak 32 berkas klaim menghasilkan kode diagnosis akurat sebanyak 20 berkas klaim (62,5%) dan kode diagnosis tidak akurat sebanyak 12 berkas klaim (37,5%).

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Citra Medika Lamongan diketahui bahwasannya masih ada beberapa berkas yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Citra Medika Lamongan tepatnya ada 256 berkas yang pending pada bulan November tahun 2023 sampai dengan bulan April tahun 2024, dengan rincian 11 berkas pending pada bulan November, 18 berkas pending pada bulan Desember, 44 berkas pending pada bulan Januari, 54 berkas pending pada bulan Februari, 85 berkas pending pada bulan Maret dan 44 berkas pending pada bulan April. Hal tersebut dikarenakan ada persyaratan yang tidak diisi dengan lengkap maupun pengkodean yang tidak tepat. Misalnya,

petugas rekam medis seringkali menginputkan kode berdasarkan kode yang tertera di berkas rekam medis tanpa mencari dan meng*cross check* apakah kode tersebut telah sesuai dengan diagnosis dan penunjangnya. Sehingga pihak BPJS Kesehatan harus mengembalikan berkas klaim ke petugas verifikator yang berada di Rumah Sakit Citra Medika Lamongan. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai “Tinjauan keakuratan kode diagnosis berkas klaim yang dikembalikan BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Citra Medika Lamongan”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana keakuratan kode diagnosis dan tindakan berkas klaim yang dikembalikan BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Citra Medika Lamongan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui keakuratan kode diagnosis dan tindakan berkas klaim yang dikembalikan BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Citra Medika Lamongan

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui jumlah berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Citra Medika Lamongan
2. Mengetahui keakuratan kode diagnosis dan tindakan pada pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Citra Medika Lamongan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan mampu menambah wawasan dan pengetahuan pembaca mengenai kode diagnosis dan tindakan berkas klaim yang dikembalikan BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit Citra Medika Lamongan serta dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam penelitian selanjutnya khususnya terkait dengan kasus pending klaim..

1.4.2 Aspek Praktis

Sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi pihak Rumah Sakit Citra Medika Lamongan dalam upaya meningkatkan kualitas mutu dalam penyelenggaraan pembiayaan kesehatan dan mencegah kasus pending klaim.