

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Menurut Peraturan Pemerintah No 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan, Rumah Sakit adalah salah satu institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan individu dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit harus meningkatkan kualitas pelayanan agar menjadi fasilitas kesehatan Paripurna. Rekam medis pasien adalah salahsatu mutu pelayanan kesehatan rumah sakit dan setiap rumah sakit mempunyai kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis (Kemenkes, 2021).

Dalam perkembangan pelayanan kesehatan, rekam medis menjadi salah satu faktor terpenting. Menurut Peraturan Kemenkes Nomor 24 tahun 2022, Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam penyelenggaraanrekam medis terdapat pengelolaan rekam medis yang dilakukan oleh tenaga perekam medis dan informasi kesehatan (Permenkes, 2022).

Salah satu pengolahan di rekam medis adalah kodefikasi , baik itu mengenai kode penyakit maupun tindakan. Petugas kodefikasi bertugas dalam pemberian kode diagnosis yang tepat dan akurat. Pemberian kode diagnosa adalah kode yang dituliskandengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi keduanya yang mewakili suatu kondisi tertentu (Hatta, 2013). Koder melakukan kodefikasi dengan berpedoman pada*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (ICD-10) tahun 2010 untuk kode diagnosis penyakit.

Keakurasian dalam pengkodean suatu penyakit sangatlah penting karena terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi kode data klinis, diantaranya adalah kurang jelasnya catatan

yang dibuat dokter, kurangnya perhatian koder dalam melakukan pengkodean yang sesuai dengan prinsip-prinsip ICD dan aspek-aspek kunci dari proses pengkodean. Proses kodifikasi dibutuhkan ketepatan dan keakuratan kode karena kode tersebut digunakan sebagai pelaporan rumah sakit dan proses pengajuan klaim untuk penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada pihak BPJS (Indawati, 2019). Klaim adalah permintaan pemenuhan hak yang dilakukan oleh salah satu dari dua pihak yang terikat. Prosedur pengajuan klaim rumah sakit ke BPJS Kesehatan terdiri dari tiga tahap: administrasi kepersetaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi kelengkapan berkas. Proses klaim ini memang sangat penting bagi pihak Rumah Sakit, pada saat pengajuan klaim di Rumah Sakit masih dirasa banyak berkas yang dikembalikan oleh pihak BPJS karena beberapa faktor seperti tidak lengkapnya dokumen klaim, tidak akuratnya kodifikasi pada diagnosis ataupun tindakan yang dilakukan, sehingga menyebabkan proses pengklaiman tidak berjalan lancar. Maka dari itu, dibutuhkan pengetahuan, kemampuan, serta kerja sama antar petugas yang terlibat agar proses pengklaiman bisa berjalan lancar (Ardhitya, 2015).

Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan merupakan acuan bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan pihak lain yang terkait mengenai metode pembayaran INA-CBG dalam pelaksanaan klaim pelayanan Jaminan Kesehatan (Permenkes, 2021). Rumah sakit yang menggunakan pengaturan pembiayaan semacam ini harus mengajukan klaim agar dapat diganti untuk layanan yang diberikan kepada pasien yang dicakup oleh Jaminan Kesehatan Nasional (Indawati, 2019). Penginputan data untuk klaim pembiayaan salah satunya merupakan kegiatan penginputan kode klasifikasi penyakit pada aplikasi pembiayaan berdasarkan hasil diagnosis dan tindakan yang ditulis oleh tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan rekam medis. Keakuratan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem *casemix* kepada pihak BPJS Kesehatan beserta hal-hal lain yang berkaitan dalam asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta, 2013).

Berdasarkan penelitian (Indawati, 2019) Adanya pengembalian klaim rawat inap pasien BPJS terkait akurasi koding atau ketidaksesuaian pengkodean

terhadap diagnosis dan tindakan sebesar 30% dari 615 berkas. Rata rata pengembalian berkas klaim rawat inap per bulan sebesar 20,88 % dimana 36% dari total klaim rawat inap yang dikembalikan adalah pengembalian untuk konfirmasi koding. Penyebab pengembalian klaim terkait konfirmasi koding adalah karena pemeriksaan penunjang yang tidak mendukung diagnosis, ketidaktepatan penentuan kode oleh koder, ketidaksesuaian dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 dan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian CaseBase Groups (INA- CBGs).

Berdasarkan penelitian (Putri I, 2020) di RS Bhayangkara Lumajang pada tahun 2019, di dapatkan ketidakakuratan koding tertinggi terjadi pada bulan Januari sebesar 9,17% sedangkan persentase ketidakakuratan koding berkas BPJS rawat inap terendah terjadi pada bulan Februari sebesar 2,59%. Ketidakakuratan koding dapat mempengaruhi pengelolaan keuangan rumah sakit karena menyebabkan berkas klaim dikembalikan dimana hampir 80% pendapatan rumah sakit berasal dari klaim JKN.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan pada bulan September 2023 di RSUD Pindad, yang merupakan rumah sakit umum tipe C yang melayani banyak pasien BPJS untuk berobat. Pengajuan klaim dilakukan oleh pihak *casemix* yang beradadi bagian keuangan rumah sakit, di rumah sakit tersebut masih terdapat klaim rawat inap yang dikembalikan oleh pihak BPJS. Berdasarkan pengajuan klaim bulan September sebanyak 587 berkas, dari banyak berkas yang diajukan tersebut klaim dikembalikan sebanyak 40 berkas oleh pihak verifikator BPJS. Penyebab klaim dikembalikan disebabkan oleh ketidakakuratan kodifikasi sebanyak 38 berkas (98%) dan ketidaklengkapan administrasi dokumen sebanyak 2 berkas (2%). Hal tersebut menyebabkan klaim BPJS menjadi terhambat dalam proses pembayaran klaim. Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka peneliti mengambil judul “Analisis Ketidakakuratan Kode Diagnosis Pada Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD Pindad”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka perumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana analisis ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Pindad?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim rawat inap BPJS di RSUD Pindad

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mengidentifikasi persentase ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim rawat inap di RSUD Pindad

1.3.2.2 Menganalisis ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkasklaim BPJS rawat inap di RSUD Pindad

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **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**

#### **1.4.1.1 Rumah sakit**

Penelitian ini menjadi gambaran dalam meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan di rumah sakit dan sebagai bahan pertimbangan untuk meningkatkan pelayanan dan pengkodean kedepannya.

#### **1.4.1.2 Peneliti**

Sebagai penerapan ilmu pengetahuan yang didapat selama pembelajaran, serta menambah ilmu pengetahuan, wawasan, dan pengalaman yang berharga

#### 1.4.1.3 Poltekkes Malang

Sebagai bahan pembelajaran terkait materi kodefikasi dan referensi untuk mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, khususnya mahasiswa program studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam melakukan penelitian yang sejenis.