

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh, menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2022).

Rekam Medis Adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes RI No 24, 2022). Salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu kesehatan masyarakat secara adil dan merata adalah dengan membentuk badan hukum yang bertujuan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional. Rumah sakit perlu meningkatkan pelayanan medisnya berdasarkan banyak faktor yang terkait, salah satunya adalah pembuatan rekam medis pada setiap pelayanan medis (Putri & Murdi, 2019).

Keterampilan bagian rekam medis antara lain koding, diagnosis, dan tindakan. Pengkodean melibatkan pembuatan kode diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit saat ini dan dimaksudkan untuk memudahkan pengelompokan penyakit dan aktivitas yang dapat dinyatakan secara numerik. Proses pengkodean memerlukan keakuratan dan ketelitian kode karena digunakan untuk pelaporan rumah sakit dan proses pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan medis ke BPJS (Sholehah *et al.*, 2020).

BPJS adalah badan hukum yang didirikan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan . Sebab saat ini sebagian besar pasien yang berobat ke rumah sakit ditanggung oleh asuransi kesehatan nasional, dimana rumah sakit mengajukan klaim penggantian biaya pelayanan yang diberikan kepada pasien Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan, 2020).

Klaim BPJS Kesehatan merupakan penyetoran biaya pengobatan pasien peserta BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit yang dilakukan secara bersama-

sama dan ditagihkan ke BPJS Kesehatan setiap bulannya (Suliantoro, 2022). Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan meliputi tahapan verifikasi kelengkapan pencatatan, pengelolaan peserta, pengelolaan pelayanan, dan verifikasi pelayanan medis (Maryati *et al.*, 2023).

Proses ini penting bagi rumah sakit karena membantu mengganti biaya perawatan pasien yang diasuransikan. Apabila ditemukan kode diagnosis pada berkas klaim pengembalian yang tidak lengkap atau tidak memenuhi persyaratan proses verifikasi, maka kode tersebut akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dikonfirmasi (MPOC *et al.*, 2020).

Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan, unit rekam medis merupakan salah satu unit yang sangat penting dalam memberikan informasi guna mendukung proses klaim BPJS (Nurdiyanti *et al.*, 2018). Pengembalian berkas klaim pasien BPJS kesehatan pada pelayanan rawat jalan menunjukkan bahwa berkas klaim pasien yang dikembalikan disebabkan karena kesalahan entri tarif kelas rumah sakit, diagnosis sekunder tidak terentri, kelengkapan persyaratan administrasi, kelengkapan laporan hasil pemeriksaan penunjang, indikasi kunjungan berulang dan satu episode dengan rawat inap (Tambunan *et al.*, 2022).

Namun permasalahan yang dihadapi sebagian besar rumah sakit adalah banyaknya catatan yang dikembalikan dari BPJS karena beberapa faktor seperti dokumentasi klaim yang tidak lengkap, pengkodean diagnosis atau tindakan yang salah, sehingga menghambat kelancaran pemrosesan permintaan. Oleh karena itu, diperlukan pengetahuan, keterampilan dan kerjasama antar pihak yang terlibat agar proses klaim dapat berjalan dengan lancar (Aminah *et al.*, 2021).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 13 November 2023 di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang terdapat permasalahan pada proses kelancaran pengklaiman BPJS kesehatan, diketahui pada bulan Juni sampai dengan Agustus dari 506 dokumen rekam medis, terdapat 15 rekam medis yang dikembalikan dalam setiap bulannya. Hal tersebut terjadi karena ketidakakuratannya terhadap diagnosis ataupun tindakan yang tercantum

dalam *resume* medis pasien sehingga berkas tersebut terhambat dalam proses pengklaimannya. Pada proses klaim BPJS sendiri ketepatan dan keakuratan kode merupakan syarat utama menentukan validasi dokumen rekam medis yang diajukan.

Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Terhadap Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka didapatkan rumusan masalah adalah “Bagaimana analisis keakuratan kode diagnosis terhadap pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui analisis keakuratan kode diagnosis terhadap pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui jumlah keakuratan kode diagnosis dan tindakan dokumen rekam medis yang di kode di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti Malang.
- b. Mengetahui jumlah dokumen rekam medis yang dikembalikan BPJS di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti Malang.
- c. Menganalisis faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis dan tindakan terhadap pengembalian klaim BPJS di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti Malang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Penelitian ini diharapkan mampu mengetahui jumlah keakuratan kode diagnosis dan tindakan dokumen rekam medis yang di kode di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti Malang.
2. Penelitian ini mampu mengetahui jumlah dokumen rekam medis yang dikembalikan BPJS di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti Malang.
3. Penelitian ini mampu mengetahui analisis keakuratan kode diagnosis dan tindakan terhadap pengembalian klaim BPJS di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti Malang.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana bermanfaat dalam mengimplementasikan pengetahuan penulis yang berkaitan dengan meningkatkan keakuratan kode diagnosis agar klaim BPJS Kesehatan dapat berjalan lancar.
2. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Rumah Sakit berkaitan dengan hal-hal yang harus diperhatikan dalam mengajukan klaim BPJS pasien rawat inap. Sehingga dapat meminimalisir kejadian pengembalian berkas klaim pasien rawat inap.