

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan merupakan hak asasi manusia berupa keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Menteri Kesehatan RI, 2009). Upaya dalam meningkatkan kesehatan setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan baik secara perorangan, keluarga, masyarakat dan mendapatkan perlindungan kesehatan. Negara bertanggung jawab untuk memenuhi terhadap kesehatan penduduknya, hak hidup baik bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional 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 (Menteri Kesehatan RI, 2013).

Sesuai Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011, Tentang BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan jaminan sosial (Menteri Kesehatan RI, 2016). Pelaksanaan BPJS kesehatan dimulai sejak 1 januari 2014 di

rumah sakit secara bertahap di rumah sakit swasta, merupakan program pemerintah guna untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan secara paripurna, yaitu salah satu bentuk perlindungan sosial guna menjamin seluruh rakyat untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak (Kemenkes RI, 2004).

Dalam proses pelayanan BPJS kesehatan diwajibkan menerapkan sistem pembayaran Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBGs) merupakan acuan bagi fasilitas kesehatan tingkat lanjut dan pihak lain terkait mengenai metode pembayaran INA-CBGs. Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Bab 1 Pasal 6 di Indonesia metode pembayaran prospektif dikenal dengan *casemix* (*Case Based Paymen*) dan sudah diterapkan sejak tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* merupakan pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *casemix* digunakan sebagai dasar Sistem Pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang (Menteri Kesehatan RI, 2014).

Dalam implementasinya, BPJS Kesehatan membayar klaim kepada pihak rumah sakit. Proses klaim dilakukan oleh pihak rumah sakit dengan cara dokumen secara *online* dan *offline*, dimana verifikator BPJS kesehatan akan memverifikasi dokumen yang akan dikirimkan.

Apabila dokumen yang dikirimkan sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan maka klaim akan segera diganti, akan tetapi jika terjadi ketidaksesuaian dokumen yang dikirimkan maka BPJS Kesehatan akan mengembalikan, pengembalian berkas klaim ini menunjukkan bahwa data pasien dikumpulkan kemudian di input di aplikasi INA-CBGs sehingga *entry* klaim dilakukan yang menghasilkan keluaran klaim berupa file TXT setelah itu dikirim ke BPJS kesehatan, setelah berkas di verifikasi dan diteliti kesesuaian berkas klaim dan pada verifikasi lanjutan bertujuan untuk menghindari terjadinya *error* verifikasi dan potensi *double* klaim dan meminta pihak rumah sakit untuk diperbaiki kembali dokumen yang diajukan. Diharapkan penulisan diagnosa penyakit dan konfirmasi tindakan prosedur khususnya pada resume medis terutama dokter yang menulis resume untuk diperbaiki dalam hal memudahkan pengelolaan klaim (Direktorat Pelayanan, 2014).

Salah satu unit terpenting di rumah sakit yaitu Unit Rekam Medis dan merupakan salah satu dalam penyelesaian pengembalian berkas klaim BPJS yaitu Petugas rekam medis sebagai koder yang bertanggung jawab atas ketepatan kode diagnosa dan tindakan koder dan juga bertanggung jawab untuk melengkapi kode diagnosa yang dikembalikan oleh tim *casemix* kepada petugas rekam medis untuk melengkapi kode diagnosa yang tidak sesuai dengan prosedur, kelengkapan pengisian kode diagnosa guna memperlancar proses pengembalian berkas klaim BPJS.

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Megawati & Pratiwi, 2016) yang dilakukan di Rumah Sakit PKU

Muhamadiyah Yogyakarta, diterangkan dari hasil kelengkapan syarat berkas klaim BPJS peneliti mengambil 32 sampel dari lembar syarat klaim, dari data tersebut ditemukan 84 % berkas tidak lengkap atau sebanyak 16% lembar yang lengkap. Lembar laporan penunjang sebanyak 18% dengan 82% lembar syarat lengkap. Dan Lembar syarat foto copy BPJS sebesar 7 % dan 39 % lembar yang lengkap. Menurut penelitian lain yang dilakukan oleh (Pratami, 2015). di Rumah Sakit Qadr Tangerang dalam ketepatan pemberian kode diagnosa peneliti mengambil 47 sampel, dari sampel tersebut sebanyak 45% berkas tidak tepat pemberian kode diagnosa, sebanyak 40.7% tindakan persetujuan klaim BPJS yang diterima dan sebanyak 59,3% berkas ditolak.

Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati merupakan rumah sakit milik Kemkes yang bermodel RSU, dinaungi oleh Kementerian Kesehatan dan tergolong ke dalam rumah sakit tipe A dengan jumlah tempat tidur 772. Pada tahun 2013 RSUP Fatmawati telah memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit dan dinyatakan Lulus Tingkat Paripurna oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). RSUP Fatmawati mempunyai beberapa poliklinik diantaranya Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Bedah Orthopaedi, Poliklinik Jantung, Poliklinik Paru, dan Poliklinik Syaraf, Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati terletak di jalan Cilandak, Jakarta Selatan.

Berdasarkan observasi awal dan wawancara kepada petugas koder yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati bahwa berkas yang dikembalikan BPJS pada bulan Agustus-Oktober 2018 yaitu 517

berkas rekam medis dan pada bulan Agustus sebanyak 165 berkas rekam medis dengan mengambil sampel sebanyak 30 berkas rekam medis yang dikembalikan oleh pihak BPJS yang dikembalikan karena ketidaklengkapan kode diagnosa 53 % memastikan koding tindakan 6,6 % konfirmasi kelas rawat 20 % konfirmasi menjadi rawat jalan 6,6 % konfirmasi bayi lahir sehat 13 % menjadi salah satu penyebab kegagalan dalam klaim BPJS. Tingkat kegagalan klaim di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati masih banyak ditemukan dikarenakan beberapa hal misalnya dokumen yang sudah lolos sampai ke verifikasi masih terdapat kemungkinan mengalami kegagalan sehingga terjadi pengembalian berkas klaim BPJS karena ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa, konfirmasi tindakan prosedur, konfirmasi kelas rawat, konfirmasi menjadi rawat jalan, dan konfirmasi bayi lahir sehat. Sehingga dikembalikan kembali ke pihak rekam medis untuk dilengkapi.

Berdasarkan permasalahan tersebut, penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul **"Peran Rekam Medis Dalam Pengembalian Berkas Klaim BPJS Berkaitan Dengan Koding Diagnosa dan Tindakan Resume Medis di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati"**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka penulis ingin mengetahui lebih dalam "Bagaimana peran rekam medis dalam pengembalian berkas klaim BPJS berkaitan dengan koding diagnosa dan tindakan resume medis di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati".

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Bagaimana Standar Prosedur Operasional pengkodean diagnosa dan tindakan dalam pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati ?
- 1.3.2 Bagaimana kelengkapan kode diagnosa dan tindakan dalam pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati ?
- 1.3.3 Bagaimana alur pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati ?
- 1.3.4 Apa saja yang menyebabkan pengembalian berkas klaim BPJS yang berkaitan dengan kode diagnosa dan tindakan di Rumah Sakit tindakan Umum Pusat Fatmawati ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pengembalian berkas rekam medis BPJS terutama pada ketepatan diagnosa dan prosedur di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi Standar Prosedur Operasional pengkodean diagnosa dan tindakan dalam pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.
2. Mengidentifikasi kelengkapan kode diagnosa dan tindakan dalam pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

3. Mengidentifikasi alur pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.
4. Mengidentifikasi apa saja yang menyebabkan pengembalian berkas klaim BPJS yang berkaitan dengan kode diagnosa dan tindakan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan menambah wawasan bagi peneliti serta menerapkan ilmu yang didapat oleh peneliti saat dilapangan khususnya mengenai peran rekam medis dalam pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit, serta menjadi pengalaman yang berharga untuk peneliti serta menerapkan teori yang didapat di perguruan tinggi dan dapat dikembangkan atau diterapkan di dunia kerja.

1.5.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat menjadi evaluasi dan masukan dalam pelaksanaan pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati yang beralamat di JL. TB Simatupang No. 18, RT .4/RW.9, Cilandak Kota Jakarta Selatan, khususnya di Unit Rekam Medis. Penulis membatasi pembahasan sesuai dengan judul “Peran Rekam Medis dalam Pengembalian Berkas Klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati” maka penulis hanya membahas pada penyelesaian pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Tahun 2018. Waktu penelitian dilakukan pada bulan April Tahun 2019. Dengan menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif.