

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pada saat ini dengan meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi, mempengaruhi tuntutan kebutuhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan yang lebih bermutu. Adapun salah satu upaya pemerintah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat dilakukan melalui suatu sistem jaminan kesehatan.

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Undang-undang RI Nomor 40, 2004). Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya di singkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Undang-undang RI Nomor 24, 2011). Namun bentuk jaminan tersebut dinilai masih terfragmentasi sehingga mengakibatkan sulit terkendalinya biaya kesehatan dan mutu pelayanan (Permenkes No. 28 Tahun 2014

Penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, yang memiliki keahlian sesuai dengan jenis pekerjaannya. Jenis tenaga kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisan medis satu diantaranya adalah Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (Undang-undang RI Nomor 36, 2014). Seorang

Perekam Medis dan Informasi Kesehatan harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat dan sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia yaitu menggunakan ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions*) (Kepmenkes Nomor 377, 2007).

Rumah Sakit Bhakti Mulia adalah rumah sakit tipe C+ yang merupakan rumah sakit swasta milik Yayasan Kartika Jaya Jakarta terletak di Jalan Aipda KS Tubun No 79 Jakarta Barat. Rumah sakit Bhakti Mulia memiliki jumlah tempat tidur sebanyak 91 bed, rata-rata kunjungan pasien rawat inap/hari sebanyak 30 kunjungan, jumlah BOR pada bulan Januari 2018 sebesar 77,99%, BTO sebesar 8,76%, dan ALOS sebesar 3 hari. Visi rumah sakit Bhakti Mulia yaitu menjadikan rumah sakit unggulan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, professional dan penuh rasa empati kepada pasien.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya tentang penulisan diagnosa sangat berperan penting dalam proses pengajuan klaim BPJS. Berdasarkan penelitian (Hidayah, 2014) di Rumah Sakit Permata Medika Semarang dari 50 berkas rekam medis rawat inap diketahui bahwa kode diagnosa utama yang akurat sebanyak 66%, sedangkan untuk kode diagnosa utama yang tidak akurat sebanyak 34%. Untuk mendapatkan akurasi kode penyakit tidak hanya dipengaruhi oleh penulisan diagnosa utama yang spesifik saja, tetapi dipengaruhi juga oleh ketelitian petugas

koding Rumah Sakit dan petugas koding BPJS serta faktor-faktor lain yang mempengaruhi.

Pada penelitian (Tenri, Izzah, & Widjaya, 2016) menyatakan adanya Hubungan Ketepatan Kode Diagnose *Obstetric* Terhadap Kelancaran Klaim BPJS di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan dari 44 rekam medis yang diteliti diketahui kode diagnosa *Obstetric* yang tidak tepat pada klaim yang tidak lancar sebanyak 18 (66,7%) dan kode diagnosa *Obstetric* yang tidak tepat terhadap klaim BPJS yang lancar sebanyak 9 (33,3%). Namun ditemukan juga kode diagnosa *Obstetric* yang tepat terhadap klaim BPJS yang tidak lancar sebanyak 3 (17,6%) dan kode diagnosa *Obstetric* yang tepat terhadap klaim BPJS yang lancar 14 (82,4%). Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan ketetapan kode diagnosa *Obstetric* terhadap kelancaran klaim BPJS di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan.

Pengembalian berkas klaim memiliki dampak yang sangat merugikan terhadap rumah sakit karena akan memperlambat proses pembayaran klaim. (Ardhitya, 2015). Pentingnya keakuratan koding dalam penulisan diagnosa sangat mempengaruhi kelancaran proses klaim ke pihak pembayar. Dampak dari ketidakakuratan kode diagnosa mempengaruhi besarnya tarif yang harus dibayarkan BPJS kepada Rumah Sakit. Tindakan *Fraud* atau kecurangan di dalam JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan, untuk mendapatkan

keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai dengan ketentuan sehingga dapat merugikan pihak lain. Kerugian dana jaminan sosial kesehatan akibat kecurangan (*fraud*) perlu adanya pencegahan dengan kebijakan nasional agar dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional dalam sistem jaminan sosial nasional dapat berjalan dengan efektif dan efisien. (Hartati, 2016)

Untuk melihat gambaran awal penelitian terhadap penulisan diagnosis, peneliti melakukan observasi pendahuluan di Rumah Sakit Bhakti Mulia dengan sampel sebanyak 5 berkas klaim pasien rawat inap pada bulan maret 2018. Dari 5 berkas klaim rawat inap terdapat 3 kasus berkas klaim pasien rawat inap yang kode penyakitnya tidak sesuai dengan verifikator BPJS dan 2 kasus lainnya terkait dengan terapi yang diberikan oleh dokter tidak sesuai dengan diagnosis pada resume medis dan lain-lain.

Sehingga dalam hal ini peneliti ingin mengetahui lebih lanjut tentang penyebab pengembalian klaim BPJS terkait penetapan kode penyakit pasien rawat inap di Rumah Sakit Bhakti Mulia tahun 2018.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan Latar Belakang di atas maka perumusan masalah yang ingin diketahui adalah Bagaimana gambaran pengembalian klaim BPJS terkait penetapan kode penyakit pasien rawat inap di Rumah Sakit Bhakti Mulia tahun 2018?

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana prosedur penatalaksanaan Pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap?
2. Bagaimana prosedur penatalaksanaan pengajuan kembali berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang tertunda?
3. Apakah penyebab pengembalian klaim terkait penetapan kode penyakit rawat inap ?

1.4. Tujuan

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pengembalian klaim BPJS terkait penetapan kode penyakit pasien rawat inap di Rumah Sakit Bhakti Mulia tahun 2018.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi Prosedur Penatalaksanaan pengembalian berkas klaim pasien rawat inap
2. Mengidentifikasi Prosedur Penatalaksanaan pengajuan kembali berkas klaim pasien rawat inap yang tertunda.
3. Mengidentifikasi penyebab pengembalian klaim terkait penetapan kode penyakit pasien rawat inap.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Penulis

1. Menambah pengalaman dan memperluas wawasan serta pengetahuan tentang keakuratan koding penyakit pasien rawat inap pada kasus Klaim BPJS.
2. Dapat mengaplikasikan dan mengembangkan ilmu yang diperoleh dari Universitas

1.5.2. Bagi Rumah Sakit

1. Memperoleh masukan penelitian yang berguna dalam menentukan keakuratan koding penyakit demi kelancaran proses klaim BPJS.
2. Untuk menjadi bahan pertimbangan dalam menambah sumber daya manusia di bagian koding

1.5.3. Bagi Akademik

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dan informasi rujukan bagi peneliti selanjutnya.
2. Sebagai bahan referensi bagi mahasiswa tingkat akhir di jurusan rekam medis dan informasi kesehatan.

1.6. Ruang Lingkup

Ruang lingkup permasalahan yang akan diteliti dibatasi sesuai dengan judul “ Tinjauan pengembalian klaim BPJS terkait penetapan kode penyakit di rumah sakit Bhakti Mulia ”. Penelitian ini dilakukan di Unit Kerja Rekam Medis yaitu di bagian Koding Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti Mulia. Dalam penelitian ini menggunakan bahan yang terdiri dari berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator BPJS terkait dengan penetapan kode penyakit.