

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia (BPJS Kesehatan, 2014b). BPJS Kesehatan berkaitan dengan pembiayaan kesehatan yang merupakan bagian penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Metode pembayaran yang digunakan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada saat ini adalah dengan metode pembayaran prospektif (Kemenkes RI, 2014a).

Metode pembayaran prospektif di Indonesia dikenal dengan *Casemix* (*case based payment*) yang telah diterapkan pada tahun 2008 hingga sekarang sebagai metode pembayaran pada program jaminan kesehatan yang pada saat itu disebut dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* dengan istilah *Indonesia Case Base Group* atau INA-CBG adalah 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* (Kemenkes RI, 2014a).

INA-CBG ini digunakan untuk keperluan klaim pembayaran pada program jaminan kesehatan. Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan dalam hal ini rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Rumah sakit mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya (BPJS Kesehatan, 2017). Adapun yang menjadi kelengkapan berkas klaim yang diajukan rumah sakit khususnya pasien yang dirawat inap, yaitu surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis dan bukti pendukung lainnya yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2014b). Klaim BPJS berfungsi sebagai pengajuan biaya pelayanan kesehatan pasien peserta BPJS dari rumah sakit untuk pihak BPJS, yang sebelumnya biaya pelayanan kesehatan pasien ditanggung oleh rumah sakit (Ardhitya & Perry, 2015).

Pengajuan klaim diperlukan koder yang perannya adalah mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode penyakit dan tindakan medis berdasarkan ICD-10 dan ICD-9-CM, melakukan klarifikasi dengan dokter, melakukan entri data, *coding/grouping* menggunakan INA-CBG, dan

menyerahkan hasil *grouping* ke verifikator internal (Susanti, 2018). Kompetensi yang dimiliki koder adalah kompetensi mengenai cara menentukan kode dengan ICD-10, kode tindakan menggunakan ICD-9-CM, anatomi, terminologi medis, farmakologi, komunikasi dan bahasa inggris (Gouw & Indawati, 2017).

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Supriadi dan Syifa Rosania pada tahun 2018 berjudul “Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018”, terdapat berkas klaim rawat inap 50% tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, 48% tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan, dan 2% tidak lolos verifikasi menggunakan *software* INA-CBG’s sedangkan berkas klaim rawat jalan 61% tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, 37% tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan, dan 2% tidak lolos verifikasi menggunakan *software* INA-CBG’s (Supriadi & Rosania, 2019).

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ayu Nadya Kusumawati dan Pujiyanto pada tahun 2020 berjudul “Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Tahun 2018”, terdapat penyebab pending klaim BPJS Kesehatan seperti 25,2% kesalahan koding, 15,3% kesalahan saat input ke dalam sistem NCC (*National Casemix Center*), 21,9% ketidaksesuaian penempatan diagnosis dan 37,4% ketidaklengkapan resume medis (Kusumawati & Pujiyanto, 2020).

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Resti Septiani Nurdiah dan Arief Tarmansyah Iman pada tahun 2016 berjudul “Analisis Penyebab *Unclaimed* Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasimalaya”, terdapat penyebab *unclaimed* berkas yaitu pengetahuan dan kedisiplinan petugas klaim BPJS rawat inap yang masih kurang, belum tersedianya *Standar Operating Procedure* (SOP) terkait klaim, *monitoring* berkas klaim yang belum dilaksanakan dan ketersediaan hasil penunjang yang belum lengkap serta rapat rutin yang belum terlaksana dengan baik (Nurdiah & Iman, 2016)

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R.M. Djoelham adalah rumah sakit publik kelas B yang dikelola oleh Pemerintah Kota Binjai. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R.M. Djoelham memiliki 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 10 (sepuluh) spesialis lain dan 2 (dua) sub spesialis dasar. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R.M. Djoelham memiliki 140 tempat tidur dengan tingkat efektifitas pelayanan pada tahun 2020 diantaranya BOR (*Bed Occupancy Rate*) 18,3%, ALOS (*Average Length Of Stay*) 4,58 hari, TOI (*Turn Over Interval*) 20,46 hari dan BTO (*Bed Turn Over*) 14,58 hari.

Berdasarkan observasi awal yang telah dilakukan peneliti pada bulan Desember 2020 dan bulan Maret 2021 di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai terdapat berkas klaim BPJS pasien rawat inap bulan Januari-Februari 2021 yang dikembalikan sebanyak 84 berkas dari 237 berkas yang diajukan atau sebesar 35,44% dikembalikan. Dari 84 berkas klaim ini terdapat 8 berkas (9,52%) dikarenakan konfirmasi koding, 15 berkas (17,86%) terkait konfirmasi diagnosis utama, 2 berkas (2,38%) terkait konfirmasi diagnosis sekunder, 13 berkas (15,48%)

terkait konfirmasi penunjang, 5 berkas (5,95%) terkait konfirmasi prosedur, 10 berkas (11,90%) terkait konfirmasi indikasi rawat inap, 6 berkas (7,14%) terkait potensi fragmentasi, 5 berkas (5,95%) terkait SEP tidak terdaftar/ tidak ada dan 20 berkas (23,81%) penyebab lainnya.

Berdasarkan wawancara kepada salah satu petugas, dampak terjadinya pengembalian berkas klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan dapat menyebabkan kerugian keuangan pada rumah sakit, menyebabkan terjadinya keterlambatan pembayaran insentif tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya, dan menyebabkan beban kerja petugas koder bertambah.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah tentang Tinjauan Peranan Koder Dalam Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas dapat dirumuskan masalah penelitian ini adalah bagaimana gambaran peranan koder dalam pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran tentang peranan koder dalam pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi alur dan prosedur klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai.
2. Menghitung persentase pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai.
3. Menganalisis faktor penyebab dikembalikannya berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai.
4. Mengidentifikasi peran koder dalam penanganan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian bagi pihak-pihak terkait sebagai berikut ini.

1.4.1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat menjadi bahan pembelajaran bagi pendidikan seperti mahasiswa rekam medis dan informasi kesehatan serta sebagai

referensi tambahan dalam pembuatan karya tulis ilmiah dalam penelitian selanjutnya.

1.4.2. Bagi Program Pemerintah

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan kepada pemerintah mengenai faktor-faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan.

1.4.3. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi profesi untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kemampuan dalam mengelola berkas klaim BPJS Kesehatan.

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Bagian Perencanaan dan Rekam Medis pada Sub Bagian Pengolahan dan Pelaporan Data pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran peranan koder dalam pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai. Penelitian ini menggunakan berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan untuk dilakukan perbaikan. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif. Data yang digunakan pada penelitian ini berupa data primer yang didapat melalui wawancara kepada petugas koder dan data sekunder yang didapat melalui observasi berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Maret 2021 oleh BPJS Kesehatan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2020 sampai dengan bulan Agustus 2021.