

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.(Bimbangkum,2011) Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pada tahun 2014 PT Askes (Persero) yang telah berubah menjadi BPJS Kesehatan diwajibkan menerapkan sistem pembayaran *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs). Namun, ketentuan ini tidak dibekali dengan informasi perubahan kualitas layanan kesehatan pasca penerapan sistem pembayaran prospektif yaitu pembayaran di muka.

Asuransi merupakan suatu perusahaan yang akan melakukan proteksi atau melakukan pembayaran kepada nasabahnya terhadap kejadian yang tidak dapat diduga seperti kecelakaan, sakit dan lainnya. Pembayaran yang dilakukan oleh perusahaan asuransi disebut dengan klaim. (Sodiq, 2012)

Administrasi Klaim Jamkesmas merupakan pengajuan biaya pelayanan kepada pemerintah yang telah dikeluarkan rumah sakit. Kecepatan proses verifikasi berdampak pada penyelesaian klaim dan pencairan dana Jamkesmas. Banyak rumah sakit yang mengalami kendala dalam proses

verifikasi klaim. Tujuan penelitian untuk mengetahui penyelesaian administrasi klaim Jamkesmas ditinjau dari aspek input yaitu hasil kode diagnosis pasien yang menghasilkan output penyelesaian klaim Jamkesmas.

Hingga saat ini Tahun 2013, INA CBGs telah digunakan dalam klaim Jamkesmas, sebanyak 515 RS Swasta dan 747 RS Pemerintah. Tarif ini diberlakukan untuk perhitungan biaya klaim jamkesmas yang dirawat atau mendapat layanan kesehatan di rumah sakit penerima jamkesmas.(Buletin BUK, 2013) *Medicare Fiscal Intermediaries (FI)* dan *Medicare Administrative Contractors (MAC)* melakukan evaluasi medis untuk mencegah pembayaran yang tidak lazim untuk klaim rawat inap rumah sakit. Evaluasi medis adalah proses yang dilakukan kontraktor *medicare* untuk memastikan tagihan rawat inap sesuai dengan ketentuan pada peraturan. Hal ini dilakukan agar tidak terjadi masalah yang muncul dan tidak terjadi tuntutan. Dulu di USA, besar tagihan terkadang didasarkan kemampuan pasien membayar kembali, namun diatas hitungan yang seharusnya agar ada keuntungan pemasukan bagi penyelenggara. Banyak rumah sakit tidak mengambil keuntungan dan hanya memungut penghasilan minim atas tagihan yang seharusnya. Seperti juga yang terjadi di Indonesia, para tenaga medis dokter lebih bisa menentukan besar tarif yang diinginkan karena penentuannya dikaitkan dengan kemampuan individual pasiennya dan nilai tambah yang ditentukan berdasarkan keahliannya.(Anggraini, 2012)

Pengembangan asuransi kesehatan yang diakui sangat penting, ternyata juga mengakibatkan kenaikan biaya pelayanan. Banyak orang percaya bahwa asuransi mengalihkan momok risiko financial individu dengan

cara mengalihkan tanggung-jawab terhadap pembayaran kembali biaya asuhan kesehatan, ini mengakibatkan konsumen tidak lagi peduli tentang besarnya biaya yang diperlukan, tidak prihatin akurasi, lebih cenderung memanfaatkan haknya sebagai peserta asuransi dengan meningkatkan penggunaan asuhan kesehatan dan cenderung lebih menuntut sistem asuhan kesehatan yang disediakan.(Anggraini, 2012)

Berdasarkan standar dan etik pengkodean (*coding*) yang dikembangkan AHIMA bahwa seorang pengode (*coder*) profesional haruslah menentukan koding secara akurat, komplit dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas. Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh diubah oleh karenanya harus diagnosis yang ada dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai arahan yang ada pada buku ICD-10. (Depkes RI, 2006). Sehingga, dapat dijadikan sebagai tolok ukur penentuan biaya pelayanan dan keabsahan dalam pembuatan laporan, penentuan kode yang tepat dan akurat mencerminkan kualitas atau mutu rumah sakit yang baik.

Dari beberapa pengamatan yang telah dilakukan mengenai akurasi dan ketepatan koding di beberapa rumah sakit milik negara (RS Negeri) dari tahun ketahun masih ada hasil koding yang belum akurat, pada tahun 2011 terdapat 100% rekam medis tidak akurat, 2012 terdapat 25% rekam medis tidak lengkap dan akurat dan pada tahun 2013 terdapat 79% rekam medis tidak akurat. Hal ini yang membuat banyak peneliti ingin memantau perkembangan kualitas pengkoder dalam hasil kodingnya dimana hasil koding yang tidak tepat dapat memengaruhi pembayaran klaim yang ada di rumah sakit.

Di Indonesia telah menggunakan buku ICD-10 sejak tahun 1993 yang mengharuskan seluruh rumah sakit baik Rumah Sakit milik Negara ataupun milik Perorangan / Pribadi (Swasta) harus menggunakan ICD-10. Penggunaan kode diagnosis pasien yang komprehensif dan telah diakui secara internasional adalah *Internasional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* dari *World Health Organization (WHO)*. Diterbitkannya buku ICD ini bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Petugas rekam medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas ketepatan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Oleh karena itu penting bagi setiap rumah sakit memiliki prosedur tentang ketepatan, kejelasan dan kelengkapan pengisian kode diagnosis pasien guna memperlancar segala kegiatan administrasi rumah sakit atau biaya pelayanan kesehatan serta ketepatan dalam pembuatan laporan.

Kode kalsifikasi sangat penting digunakan untuk penentuan biaya pelayanan pasien di Rumah Sakit. Biaya pelayanan kesehatan merupakan input terbesar yang diperoleh rumah sakit atas jasa yang telah diberikannya kepada pasien. Dalam hal ini pengaruh keakuratan pengisian kode diagnosis pasien sangat erat kaitannya terhadap pembayaran klaim jamkesmas. Jika dalam pengisian kode diagnosis penyakit pasien tidak tepat dapat menimbulkan masalah bagi sistem pembayaran, yang berdampak pada kerugian bagi rumah sakit.

Melalui hasil riset ICW (*Indonesia Corruption Watch*) di awal tahun 2009 lalu, ditemukan enam persoalan dalam pelaksanaan program

jamkesmas. Enam permasalahan tersebut adalah data peserta yang belum akurat, sosialisasi yang belum optimal, adanya pungutan untuk mendapatkan kartu, adanya peserta yang tidak menggunakan kartu ketika berobat, adanya pasien Jamkesmas yang mengeluarkan biaya, dan masih buruknya kualitas pasien Jamkesmas.(Prana, 2013) Dari hasil riset tersebut dapat ditetapkan bahwa hal yang dapat mempengaruhi pembayaran klaim Jamkesmas adalah ketepatan kode diagnosis, kelengkapan resume medis, kelengkapan identitas pasien, ketersediaan fasilitas dan akses klaim yang sulit.

Rumah Sakit Ariya Medika yang terletak di Jl. Industri Raya Blok 1-11 Jatake, Jatiuwung - Tangerang ini merupakan Rumah Sakit swasta tipe C dengan akreditasi C. Rumah Sakit Ariya Medika merupakan rumah sakit yang didirikan untuk memenuhi kebutuhan para karyawan yang bekerja dikawasan industri, karena 90% pasien yang berobat adalah rujukan dari perusahaan yang telah bekerja sama dengan RS. Ariya Medika.

Dari uraian latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui berapa besar pengaruh ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* terhadap pembayaran klaim jamkesmas di RS Ariya Medika - Tangerang.

1.2 PERUMUSAN MASALAH

Melalui hasil riset ICW (*Indonesia Corruption Watch*) di awal tahun 2009 lalu, ditemukan enam persoalan dalam pelaksanaan program jamkesmas. Enam permasalahan tersebut adalah data peserta yang belum akurat, sosialisasi yang belum optimal, adanya pungutan untuk mendapatkan kartu, adanya peserta yang tidak menggunakan kartu ketika berobat, adanya

pasien Jamkesmas yang mengeluarkan biaya, dan masih buruknya kualitas pasien Jamkesmas.

Dari hasil riset tersebut dapat ditetapkan bahwa hal yang dapat mempengaruhi pembayaran klaim jamkesmas adalah ketepatan kode diagnosis, kelengkapan resume medis, kelengkapan identitas pasien, ketersediaan fasilitas dan akses klaim yang sulit.

Dari faktor-faktor yang telah diketahui begitu banyak faktor yang mempengaruhi pembayaran klaim jamkesmas, membuat peneliti ingin mengetahui hubungan ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* terhadap pembayaran klaim jamkesmas di RS Ariya Medika - Tangerang.

1.3 PERTANYAAN PENELITIAN

1.3.1.1 Apakah ada hubungan ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* terhadap Pembayaran Klaim Jamkesmas di RS Ariya Medika - Tangerang?

1.3.1.2 Apakah ada hubungan kelengkapan resume medis terhadap Pembayaran Klaim Jamkesmas di RS Ariya Medika - Tangerang?

1.4 TUJUAN PENELITIAN

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* terhadap pembayaran klaim jamkesmas di RS Ariya Medika - Tangerang.

1.4.2 Tujuan Khusus

1.4.2.1 Mengidentifikasi Pembayaran Klaim Jamkesmas di RS Ariya Medika - Tangerang;

1.4.2.2 Mengidentifikasi ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* di RS Ariya Medika - Tangerang;

1.4.2.3 Mengidentifikasi hubungan ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* terhadap pembayaran klaim jamkesmas di RS Ariya Medika - Tangerang

1.6 MANFAAT PENELITIAN

1.6.1 Bagi Mahasiswa Manajemen Informasi Kesehatan

Sebagai bahan pembelajaran dan penambah ilmu pengetahuan tentang hubungan pembayaran klaim jamkesmas terhadap ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section*. Serta mendapatkan wawasan dan pengalaman yang berharga dalam melakukan analisa terhadap suatu permasalahan dilapangan dan mencari jalan keluar / solusi penyelesaiannya.

1.6.2 Bagi Praktisi Kesehatan

1.6.2.1 Sebagai bahan masukan dalam menjalankan pekerjaan sebagai tenaga medik di sarana pelayanan kesehatan.

1.6.2.2 Sebagai bantuan meningkatkan mutu kinerja dalam menjalankan pekerjaan.

1.6.3 Bagi Rumah Sakit

1.6.3.1 Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam administrasi rumah sakit.

1.6.3.2 Sebagai bahan koreksi dalam pelayanan jasa yang diberikan sehingga tidak terjadi masalah pembayaran.

1.6.4 Bagi Institusi Pendidikan

Untuk memperkaya daftar buku bacaan yang berhubungan dengan materi kesehatan terutama tentang analisis antara ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* terhadap pembayaran klaim jamkesmas.

1.7 RUANG LINGKUP PENELITIAN

Penelitian tentang analisis ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* terhadap pembayaran klaim jamkesmas ini merupakan studi deskriptif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dimana akan dilakukan observasi secara langsung terhadap data rekam medis yang ada pada unit rekam medis RS Ariya Medika pada bulan Februari 2014.

Penelitian ini dilakukan untuk melihat bagaimana gambaran ketepatan koding, pembayaran klaim jamkesmas dan apa saja faktor yang mempengaruhi pembayaran klaim jamkesmas serta adakah hubungan antara ketepatan koding terhadap pembayaran klaim jamkesmas. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pembayaran klaim jamkesmas adalah ketepatan kode diagnosis, kelengkapan diagnosis, kelengkapan identitas pasien, ketersediaan fasilitas dan keseragaman bahasa terminologi medis. Hal ini merupakan masalah besar dalam peningkatan mutu unit rekam medis ataupun mutu rumah sakit.

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat digunakan untuk meningkatkan mutu unit rekam medis dalam hasil laporan dan terhadap pembayaran klaim dan meningkatkan mutu pelayanan administrasi rumah

sakit sehingga penerapan ilmu yang telah diperoleh oleh masing-masing petugas saat kuliah dapat diimplementasikan dalam pekerjaan.