

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada saat ini sejalan dengan meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi, sehingga 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.

Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 12 tahun 2013 Jaminan Kesehatan 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.

Menurut undang-undang nomor 40 tahun 2004 sistem jaminan sosial nasional yang dikelola oleh badan penyelenggara jaminan sosial, sistem jaminan kesehatan nasional dibentuk dengan pertimbangan utama untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang badan penyelenggaran jaminan sosial disebutkan bahwa sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh penyelenggaraan program jaminan kesehatan yang selama ini dilaksanakan oleh kementrian kesehatan dialihkan kepada BPJS.

Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, BPJS kesehatan adalah badan hukum yang di bentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta BPJS adalah setiap orang yang telah membayar iuran dengan biaya sendiri (Non PBI) atau iuran yang dibayar oleh pemerintah (PBI). Pelaksanaan BPJS kesehatan dimulai sejak 01 januari 2014 di rumah sakit dan secara bertahap di rumah sakit swasta.

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai komponen pendukung terlaksananya program jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh BPJS. Undang – undang RI nomor 44 tahun 2009 menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan gawat darurat, rawat jalan, dan rawat inap. Fungsi utama rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah sesuai dengan standar pelayanan kesehatan. Pelayanan tersebut harus disertai dengan adanya sarana penunjang yang memadai salah satunya penyelenggaraan sistem rekam medis. Dalam hal ini unit kerja rekam medis merupakan unit yang bertanggung jawab terhadap pengumpulan data dan informasi yang dapat digunakan bagi kepentingan rumah sakit maupun pihak ketiga (pengadilan, pemerintah, dan asuransi).

Terselenggaranya pelaksanaan rekam medis secara lengkap, akurat dan dapat di pertanggungjawabkan menjadi landasan yang efektif dalam manajemen resiko. Hal ini disebabkan karena rekam medis merupakan sumber informasi pasien untuk mengetahui apakah pelayanan yang diberikan

sudah sesuai dengan standar pelayanan kesehatan atau tidak. Selain itu fungsi rekam medis dalam aspek keuangan dapat digunakan sebagai dasar penagihan biaya dalam pelayanan kesehatan.

Dalam proses penagihan klaim jaminan kesehatan nasional, penagihan tidak langsung ke pemerintah tetapi diserahkan kepada pihak BPJS. Pengajuan pembiayaan dibutuhkan untuk persyaratan klaim yang diajukan kepada verifikator. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 36 tahun 2015 klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada badan penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial. Dalam klaim dilakukan proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya verifikasi adalah sebuah pemeriksaan terhadap laporan, pernyataan, perhitungan uang dan sebagainya.

Didalam proses verifikasi klaim BPJS ternyata mengalami banyak kendala yang terjadi salah satunya ialah penolakan berkas oleh verifikator. Penolakan ini terjadi karena pengkodean yang kurang tepat, tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, resume yang tidak lengkap sehingga mengakibatkan penolakan yang berujung pada tertundanya proses klaim BPJS.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Siti Maria Ulfah, dkk di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2011 tentang hubungan kelengkapan dokumen rekam medis dengan persetujuan klaim jamkesmas oleh verifikator dengan sistem INA CBGs periode triwulan IV dari 94 sampel rekam medis yang lengkap 90,4%, rekam medis tidak lengkap 9,6%, klaim

tertunda 52,1% dan klaim diterima 47% yang diteliti menggunakan uji statistik dengan uji *chi-Square* dengan hasil $p \leq 0,003$, menunjukkan bahwa adanya hubungan signifikan antara kelengkapan dokumen rekam medis terhadap persetujuan klaim jamkesmas dengan sistem INA CBGs.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dyah Nur Hidayah, Dyah Ernawati, S.Kep.Ns,M.kes tahun 2014 tentang keakuratan analisis kode utama diagnosa pasien BPJS terhadap penolakan verifikator di rumah sakit permata medika semarang dengan 102 sampel, dari 50 DRM diperoleh hasil bahwa pengembalian klaim tidak didasarkan hanya dari diagnosa utama saja, tapi dari diagnosa lain juga, diagnosa utama dan kode penyakit dokter sudah akurat tapi diagnosa lain yang dipertanyakan.yang dikembalikan oleh verifikator 50 karena ketidaktepatan koding. diagnosa utama yang akurat 33 (66%) dan kode diagnosa utama yang tidak akurat 17 (34%).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Veni Vais Vandar tentang hubungan ketepatan kode diagnosa pasien caesarean section terhadap pembayaran klaim jamkesmas di Rumah Sakit Ariya Medika Tangerang, sampel 143 rekam medis. Hasil analisa menunjukkan bahwa sebanyak 118 (93.7%) kode diagnosis yang tidak tepat dengan pembayaran klaim yang terhambat, sedangkan sebanyak 9 (52.9%) kode diagnosis yang tepat dengan pembayaran klaim yang terhambat, sedangkan sebanyak 8 (6,3%) tidak tepat tidak terhambat, sedangkan 8 (6,3%) tepat dan tidak terhambat. Berdasarkan hasil analisis statistik menunjukkan bahwa $p\text{-value} = 0.000$ ($P < 0.05$) artinya ada hubungan yang signifikan antara ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* dengan pembayaran klaim asuransi Jamkesmas.

Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa masih banyaknya koding diagnosis pasien *caesarean section* tidak tepat yang mengakibatkan terhambatnya pembayaran klaim asuransi Jamkesmas di RS Ariya Medika

Berdasarkan observasi awal dan wawancara Kepala Unit Rekam Medis di Rumah Sakit Qadr Tangerang, pada proses pengkodean koder hanya melihat pada volume I ICD-10, keadaan ini memungkinkan dalam proses pengkodean terjadi kesalahan yang mengakibatkan kode menjadi tidak tepat. verifikator akan mengembalikan berkas klaim untuk direvisi. Dari hasil analisis 10 sampel yang diteliti 3 sampel yang dikembalikan karena ketidaktepatan pengodean diagnosa dan tindakan sehingga dikembalikan kepada pihak rumah sakit.

Hal ini menunjukkan bahwa ada hambatan dalam proses klaim kepada pihak BPJS sehingga dapat menghambat pembayaran klaim. Oleh sebab itu penulis tertarik meneliti mengenai Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa dan Tindakan Pasien Rawat Inap terhadap Persetujuan Klaim BPJS di Rumah Sakit Qadr Tangerang.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan hasil permasalahan yang ditemukan pada pengamatan peneliti menemukan masalah yaitu “Bagaimana Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa Penyakit dan Tindakan Pasien Rawat Inap terhadap Persetujuan Klaim BPJS di Rumah Sakit Qadr Tangerang ?

1.3. Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana gambaran ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan pasien rawat inap?
- b. Bagaimana gambaran persetujuan klaim BPJS pasien rawat inap?
- c. Adakah hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan pasien rawat inap terhadap persetujuan klaim BPJS ?

1.4. Tujuan penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Qadr Tangerang.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi ketepatan pemberian kode diagnosa penyakit dan tindakan pasien rawat inap
- b. Mengidentifikasi persetujuan klaim BPJS pasien rawat inap
- c. Menganalisa hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Qadr Tangerang.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1. Rumah Sakit

1. Mendapatkan hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan pasien rawat inap terhadap persetujuan klaim BPJS pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Qadr Tangerang.
2. Memberikan saran yang bermanfaat khususnya hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan pasien rawat inap terhadap persetujuan klaim BPJS pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Qadr Tangerang.

1.5.2. Peneliti

1. Menambah wawasan dan pengetahuan khususnya tentang hubungan ketepatan kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Qadr Tangerang.
2. Mengembangkan keterampilan menulis dan menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama di bangku kuliah.
3. Memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan Studi Manajemen Informasi Kesehatan

1.5.3. Insitusi pendidikan

1. Diharapkan dapat di manfaatkan sebagai bahan sumber bacaan dan menambah wawasan dalam mempelajari Ilmu Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan.
2. Hasil penelitian diharapkan menjadi tambahan perpustakaan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan pasien rawat inap terhadap persetujuan klaim BPJS pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Qadr Tangerang, sampel yang diambil berkas klaim yang pada November dan Desember. Karena keterbatasan waktu penelitian sehingga peneliti hanya melihat ada hubungan keakuratan pemberian kode diagnosa dan tindakan pasien rawat inap terhadap persetujuan klaim BPJS pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Qadr Tangerang.