

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU RI Nomor 44 Tahun 2009).

Dalam rangka upaya meringankan biaya pelayanan kesehatan masyarakat, saat ini pemerintah bersama pihak terkait telah mempersiapkan program jaminan kesehatan baru, yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Tarif yang digunakan sebagai dasar klaim BPJS untuk rumah sakit pelaksana pelayanan BPJS saat ini menggunakan sistem pembayaran *Indonesian Case Based Group* (INA-CBG).

Seiring dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu program pelayanan kesehatan terbaru yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia. BPJS adalah lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program JKN tersebut dan mulai dioperasikan sejak 1 Januari 2014 di seluruh Indonesia.

BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan akan membayar biaya pelayanan kesehatan pasien kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dengan menggunakan sistem paket INA CBG's. Artinya, penentuan besar pembiayaan pelayanan kesehatan pasien SJSN di

rumah sakit menggunakan sistem paket INA CBG's. Penentuan besar pembiayaan (tarif) pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan Surat Edaran Nomor: IR.01.01/I.1/6401/2013 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan INA CBG's Versi 4.0. Ketepatan pengodean diagnosa pada rekam medis dan *software* INA CBG's tergantung pada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut.

Satu di antara data yang penting dalam pendokumentasian rekam medis adalah kode diagnosa pasien. Kode diagnosa pasien sangat penting dan digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan. Ketidaktepatan dalam kode diagnosa pasien mempengaruhi besarnya biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar pasien.

Jika dalam pengodean suatu penyakit tidak tepat maka akan mempengaruhi pengelolaan rekam medis terutama keakuratan data morbiditas dan mortalitas serta terkhusus dalam penentuan tarif pelayanan rumah sakit.

Pelaksanaan pengodean diagnosa harus lengkap dan akurat sesuai arahan ICD-10. Ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosa sangat bergantung pada tenaga medis yaitu dokter dalam menetapkan diagnosa dan tenaga rekam medis dan informasi kesehatan sebagai pemberi kode. Ketepatan suatu kode diagnosa berguna untuk mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan, masukan bagi sistem pelaporan diagnosa medis, memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosa karakteristik pasien dan penyedia layanan, bahan dasar pengelompokan DRGs (*Diagnosis Related Groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan, pelaporan nasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, dan untuk penelitian epidemiologi dan klinis (Hatta, 2008).

Satu di antara kasus yang sering ditangani di rumah sakit adalah kasus *obstetric* berdasarkan penelitian Rahmi (2014), mengatakan ketepatan penulisan kode diagnosa ibu melahirkan dengan komplikasi, dari 75 rekam

medis terdapat 31 (41,33%) kode yang tepat dan 44 (58,67%) yang tidak tepat. Penelitian Sianipar (2011) mengatakan keakuratan penulisan kode kebidanan diagnosa pasien melahirkan, dari 49 rekam medis terdapat 17 (35%) kode yang akurat dan 32 (65%) kode yang tidak akurat. Penelitian Vandari (2014), mengatakan koding yang tidak tepat dengan pembayaran klaim Jamkesmas terhambat 118 (93,7%), koding yang tidak tepat dengan pembayaran klaim Jamkesmas tidak terhambat dengan sebanyak 8 (6,3%), koding yang tepat dengan pembayaran klaim Jamkesmas terhambat sebanyak 8 (47,1%), koding yang tepat dengan pembayaran klaim Jamkesmas tidak terhambat sebanyak 9 (52,9%) dengan *p value* 0,000. Nilai Odds Ratio yang diperoleh adalah 13,111 artinya koding yang tepat mempunyai peluang 13,111 kali untuk memperoleh pembayaran klaim tidak terhambat dibanding koding yang tidak tepat.

Pada observasi awal yang telah penulis lakukan di rumah sakit tipe B yaitu RSUD Sawerigading Kota Palopo-Sulawesi Selatan. Dari observasi pelaporan jumlah pasien tahun 2015 sebanyak 73.421 pasien, diketahui jumlah pasien terbanyak adalah pasien *obstetric* yaitu 6.237 pasien dengan persentase 9% dari seluruh jumlah pasien tahun 2015. Dari 15 sampel rekam medis *obstetric* pada tahun 2015, masih ditemukan ketidaktepatan kode diagnosa *obstetric* sebanyak 8 (53%) dan kode diagnosa yang tepat sebanyak 7 (47%). Hal tersebut dapat berpengaruh terhadap analisis pembiayaan pelayanan kesehatan khusus dalam kelancaran proses pengklaiman, pelaporan nasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman dan untuk penelitian epidemiologi dan klinis.

Dari uraian di atas, dapat diketahui bahwa satu di antara faktor yang menyebabkan kelancaran klaim adalah ketepatan diagnosa. Proses klaim juga masih sangat lambat walaupun kode diagnosa sudah tepat dikarenakan beberapa berkas klaim memerlukan konfirmasi sedangkan Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP) yang terkadang tidak berada di tempat.

Berdasarkan hal di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai **“Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa *Obstetric* Terhadap Kelancaran Klaim BPJS Di RSUD Sawerigading Kota Palopo-Sulawesi Selatan”**.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah adakah hubungan ketepatan kode diagnosa *obstetric* terhadap kelancaran klaim BPJS di RSUD Sawerigading Kota Palopo-Sulawesi Selatan.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan ketepatan kode diagnosa *obstetric* terhadap kelancaran klaim BPJS di RSUD Sawerigading Kota Palopo-Sulawesi Selatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran ketepatan kode diagnosa *obstertic* di RSUD Sawerigading Kota Palopo-Sulawesi Selatan.
2. Mengidentifikasi gambaran kelancaran klaim BPJS di RSUD Sawerigading Kota Palopo-Sulawesi Selatan.
3. Menganalisis hubungan ketepatan kode diagnosa *obstertic* terhadap kelancaran klaim BPJS di RSUD Sawerigading Kota Palopo-Sulawesi Selatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi Mahasiswa Manajemen Informasi Kesehatan, hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan bacaan untuk

menambah wawasan pengetahuan tentang ketepatan kode diagnosa terhadap proses pengklaiman BPJS.

2. Bagi Peneliti, hasil penelitian ini dapat menambah wawasan pengetahuan dan pengalaman dalam mengaplikasikan ilmu Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, terutama pengodean penyakit menggunakan ICD-10 dan ICD-9CM terhadap proses pengklaiman BPJS.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan atau Rumah Sakit digunakan sebagai masukan dan tolak ukur mengetahui tingkat ketepatan dalam hal pengodean khususnya ketepatan kode diagnosa terhadap proses pengklaiman BPJS di unit rekam medis guna mendukung proses peningkatan mutu pelayanan dan informasi kesehatan.
2. Bagi Unit Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, hasil penelitian ini diharapkan sebagai sumbangan ilmiah dan informasi terhadap penelitian selanjutnya.
3. Bagi Tenaga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, secara umum hasil ini dapat dijadikan bahan masukan dalam melaksanakan tugas dan meningkatkan pengetahuan dibidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

1.5 Ruang Lingkup Masalah

Penelitian tentang ketepatan kode diagnosa *obstetric* terhadap kelancaran klaim BPJS ini merupakan studi deskriptif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan melakukan observasi secara langsung terhadap data rekam medis pada unit rekam medis dan pengelolaan BPJS RSUD Sawerigading Kota Palopo-Sulawesi Selatan pada bulan April 2016.

Penelitian ini dilakukan untuk melihat adanya pengaruh ketepatan kode diagnosa *obstetric* terhadap kelancaran klaim BPJS. Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat digunakan untuk peningkatan mutu unit rekam medis dan meningkatkan mutu pelayanan administrasi rumah sakit.