

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) dalam menjalankan fungsinya memberikan perawatan secara perorangan mempunyai kewajiban dalam penyelenggaraan rekam medis pasien. Seiring dengan berjalannya waktu juga pergeseran paradigma, rekam medis yang dulu berbasis kertas sekarang sudah mulai bergeser kedalam bentuk elektronik. Hal ini sejalan dengan adanya peraturan menteri kesehatan terbaru, yaitu Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis pasal 3 ayat 1 “Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik”. Pada pasal lainnya, dijelaskan juga kegiatan penyelenggaraan rekam medis salah satunya adalah pengolahan informasi rekam medis elektronik dalam bentuk pengkodean. Dijelaskan lebih rinci, pengkodean yang dimaksud merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru / *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 Pasal 18 ayat 2).

Pentingnya kodifikasi penyakit dalam pengelolaan informasi rekam medis elektronik rupanya berpengaruh terhadap sistem pembiayaan Rumah Sakit. Menurut Permenkes RI No. 24 tahun 2022 pasal 19 “Penginputan data untuk klaim pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) huruf e merupakan kegiatan penginputan kode klasifikasi penyakit pada aplikasi pembiayaan berdasarkan hasil diagnosis dan tindakan yang ditulis oleh Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan rekam medis, dalam rangka pengajuan penagihan biaya pelayanan.” Dari pasal tersebut, dapat kita ketahui bahwa salah satu aspek yang dilihat dan harus diajukan untuk pengklaiman biaya kepada pihak ke-3 atau pihak asuransi adalah koding diagnosa yang ada didalam rekam medis.

Pemerintah Indonesia mempunyai suatu program yang bernama Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang didalamnya memberikan pelayanan berupa asuransi / jaminan kesehatan yang dapat diikuti oleh semua warga negara. Dalam program ini pemerintah bersama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan bekerjasama dengan Rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk dapat memberikan asuransi / jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia. Pemerintah telah menetapkan sistem pembayaran prospektif sebagai metode pembayaran dalam program JKN. Sistem ini dikenal sebagai *Casemix (Case based Payment)* dengan pengimplementasiannya menggunakan *Software Grouper INA-CBGs (Indonesia-Case Based Group)*.

Menurut peraturan menteri kesehatan Nomor 69 tahun 2013 pembayaran menggunakan *INA-CBGs* baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menginput diagnosis dan tindakan pasien dari kode *INA-CBGs*. (Erlia Safa Maulida dan Achmad Djunawan, *Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga Tahun 2022*). Dasar pengelompokan dalam *software INA-CBGs* sendiri menggunakan sistem kodefikasi dari diagnosis akhir dan tindakan / prosedur dengan acuan ICD-10 untuk kode diagnosa dan ICD-9CM untuk kode tindakan / prosedur.

Terkait dengan penegakan kode diagnosa untuk keperluan klaim asuransi bahwa kesesuaian dari kode diagnosa pada sebuah dokumen rekam medis dapat memperlancar dalam proses klaim asuransi. Apabila kode diagnosa dari seorang pasien tidak sesuai dan tidak akurat dapat menyebabkan informasi yang didapatkan menghasilkan tingkat validitas sebuah data rendah dan memperlambat proses klaim. Oleh karena itu, kode yang sesuai dan akurat harus didapat agar proses dalam klaim asuransi berjalan dengan baik. (Ali Hanafiah, Nabiila Farah Wardani, Robiatud Daniyah, *Kesesuaian Kodefikasi Penyakit untuk Menunjang Kelancaran Klaim BPJS Pasien Rawat inap di RSUD dr. R Soedarsono Kota Pasuruan Tahun 2021*).

Hasil *survey* awal di Rumah Sakit Umum dr.Adnaan Wd Payakumbuh pada tanggal 25 Februari 2021 oleh Oktamianiza dan Isya Apda Reza, mendapati masalah yang berhubungan dengan *pending* klaim berdasarkan berita acara verifikasi klaim dibulan September dan Oktober 2020 dari 44 berkas klaim *pending* pasien rawat inap, sebanyak 26 berkas merupakan kesalahan koding, 10 berkas merupakan ketidaklengkapan pemeriksaan penunjang, 5 berkas karena salah *entry*, dan 3 berkas oleh administrasi.

Jurnal yang ditulis oleh Erlin Safa Maulida dan Achmad Djunawan, (2022), di Rumah Sakit Universitas Airlangga menyebutkan bahwa, presentase klaim rawat inap yang mengalami *pending* yaitu terdapat 88 berkas yang 34% diantaranya karena berkas tidak lengkap, 33% karena kurang tepatnya *coding*, 23% kurangnya hasil pemeriksaan penunjang, dan 10% akibat kurangnya eviden terapi. Jurnal lain yang ditulis oleh Elna Kuku Kurnia dan Mahdalena pada tahun 2022, menemukan 4 faktor penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Charitas Hospital Kenten Palembang yang diantaranya adalah Kelengkapan berkas klaim, kelengkapan dokumen administrasi, kualitas koding dan efektivitas teknologi.

Sebagai salah satu tahapan dalam pengajuan klaim biaya pasien, pihak BPJS akan melakukan tahap verifikasi. Verifikasi klaim bertujuan untuk memastikan biaya pelayanan peserta BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat. Adapun beberapa aturan atau kesepakatan terkait dengan persyaratan diterimanya suatu kode diagnosa sudah tercantum dalam Berita Acara Kesepakatan antara BPJS dengan pihak rumah sakit. Berita acara kesepakatan yang dimaksud tercantum didalam Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim *INA-CBGs* Tahun 2019, dimana didalamnya dilampirkan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim *INA-CBGs* sebanyak 290 kasus yang digolongkan dalam aspek koding sebanyak 210 kasus, aspek medis sebanyak 69 kasus dan aspek administratif sebanyak 11 kasus. Solusi yang telah disepakati tersebut didapat dari hasil pertemuan antara PPJK kementerian kesehatan, BPJS kesehatan dan

perhimpunan profesi kedokteran yang membahas mengenai penyelesaian kasus-kasus yang menjadi *dispute* sehingga, berita acara ini dijadikan acuan untuk penyelesaian kasus - kasus yang dinyatakan sebagai klaim *dispute* dan *pending* serta proses verifikasi klaim *INA-CBGs*.

Rumah Sakit Tingkat III 03.06.01 Ciremai Cirebon merupakan salah satu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien JKN. Dimana berdasarkan hasil studi pendahuluan, yang berupa hasil wawancara dengan petugas *casemix* menyatakan bahwa sekitar 700-1000 berkas klaim pasien rawat inap diajukan setiap bulannya. Tak hanya itu, terhitung sejak 1 Januari 2022 sampai dengan 30 November 2022 dilihat dari Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) Rumah Sakit memperoleh sebanyak 937 berkas yang berstatus *pending*. Belum ada penelitian yang dilakukan dirumah sakit terkait penyebab terjadinya kasus *Pending* klaim pasien rawat inap. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *casemix* acuan atau pedoman utama koder *casemix* dalam pengkodingan diagnosa untuk klaim rekam medis rawat inap adalah ICD-10 sedangkan untuk acuan atau pedoman lain yang dilihat adalah Permenkes RI Nomor 26 Tahun 2021 dan Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim *INA-CBGs* Tahun 2019.

Dikutip dari sebuah jurnal, “Apabila klaim *pending* tersebut terjadi dalam setiap bulan pelayanan dan tidak segera dilakukan koreksi, maka akan menambah jumlah klaim yang tertunda pembayarannya oleh BPJS Kesehatan dan akan mengganggu terhadap biaya operasional Rumah Sakit” (Belni Puspitasari, Sudiro, Juliandi Harahap, *Analisis Perbedaan Kode Diagnosis Icd-10 Antara Rumah Sakit Dengan Verifikator BPJS Kesehatan*, Jurnal Keperawatan Priority Volume 5 Nomor 2 tahun 2022). Karenanya, berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan dan kajian dari beberapa jurnal dan penelitian sebelumnya yang banyak membahas mengenai berbagai penyebab dari terjadinya kasus *pending* klaim peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Tinjauan Kasus *Pending* Klaim Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Tingkat III 03.06.01 Ciremai Cirebon Periode Triwulan III Tahun 2022”. Dimana peneliti akan mengklasifikasikan kasus

Pending klaim pasien rawat inap yang ada di Rumah Sakit Tingkat III 03.06.01 Ciremai Cirebon periode triwulan III tahun 2022 sebagai *pending* klaim aspek koding, aspek medis atau aspek administratif. Dalam penelitian ini, penulis akan berfokus membahas mengenai *pending* klaim aspek koding.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Bagaimana kasus *pending* klaim rawat inap di Rumah Sakit Tingkat III 03.06.01 Ciremai Cirebon Periode Triwulan III Tahun 2022 ditinjau dari aspek koding, aspek medis dan aspek administratif?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Untuk meninjau kasus *pending* klaim pasien rawat inap yang ada di Rumah Sakit Tingkat III 03.06.01 Ciremai Cirebon periode triwulan III tahun 2022 dari aspek koding, aspek medis dan aspek administratif.

Tujuan Khusus :

1. Untuk mengetahui jumlah kasus *pending* klaim pasien rawat inap di Rumah Sakit Tingkat III 03.06.01 Ciremai Cirebon periode triwulan III tahun 2022.
2. Untuk mengetahui jumlah kasus *pending* klaim pasien rawat inap di Rumah Sakit Tingkat III 03.06.01 Ciremai Cirebon periode triwulan III tahun 2022 ditinjau dari aspek koding, aspek medis, aspek administratif.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Secara Teori

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan kajian atau pustaka baru untuk pembaca terkait dengan berbagai aspek terjadinya *Pending* klaim pasien rawat inap di Rumah sakit.

2. Manfaat Secara Praktik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan kajian awal untuk pihak rumah sakit ketika akan mengadakan evaluasi lebih mendalam terkait dengan kasus *pending* klaim pasien rawat inap yang ditinjau dari aspek koding, aspek medis dan aspek administratif.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Penelitian Terdahulu

Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Letak Perbedaan
Fahlepi Ruwaida, Sudiro, Tengku Moriza, Asyiah Simanjourang, Megawati	Analisis Perbedaan Koding Diagnosis antara Dokter Penyakit dalam dan Asuransi Kesehatan BPJS Berdasarkan ICD 10 di RSUD dr. Zubir Mahmud Kabupaten Aceh Timur	kualitatif dengan analisis isi dan meng - gunakan metode wawancara mendalam (indeep interview)	1. Koding diagnosis dokter penyakit dalam 2. koding asuransi kesehatan BPJS berdasarkan ICD-10	Perbedaan terletak pada variabel yang diteliti juga tempat dan waktu penelitian.
Belni Puspilasari, Sudiro, Juliandi Harahap	Analisis Perbedaan Kode Diagnosis ICD-10 Antara Rumah Sakit Dengan Verifikator BPJS Kesehatan	kualitatif	1. Kode diagnosis ICD-10 rumah sakit 2. kode diagnosis ICD-10 Verifikator BPJS Kesehatan	Perbedaan terletak pada variabel yang diteliti dan tempat penelitian
Erlia Safa Maulida, Achmad Djunawan	Analisis Penyebab <i>Pending</i> klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap	Kuantitatif desai Cross-Sectional.	1. peyebab pending klaim berkas rawat inap	Perbedaan terletak pada tempat dan metode

Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Letak Perbedaan
	Rumah Sakit Universitas Airlangga			penelitian yang digunakan
Sri Fajri Maharani	Faktor Penyebab Ketidaktepatan Koding Diagnosis Utama	<i>Literature Review</i>	Penyebab Ketidaktepatan Koding Diagnosis Utama	Perbedaan terletak pada tempat dan metode penelitian yang digunakan