

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Seiring dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah kesetaraan (*equity*) dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta efektif dan efisien dalam operasionalisasinya. Pemerintah sedang menggalakkan pelaksanaan program JKN yang diselenggarakan oleh Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program JKN tersebut merupakan implementasi dari UU No 36 tahun 2009 yang menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau baik di puskesmas, rumah sakit, ataupun sarana pelayanan kesehatan yang lain.

Untuk mencapai prinsip pelaksanaan JKN yang efektif dan efisien, BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan akan membayar biaya pelayanan kesehatan pasien kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) 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 dan akan menentukan biaya pelayanan kesehatan yang harus di klaim.

Dalam proses penagihan klaim jaminan kesehatan nasional, penagih 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 BPJS.

Dalam klaim dilakukan proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya verifikasi. Proses verifikasi dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan setelah menerima berkas klaim dari fasilitas kesehatan lalu berkas akan di verifikasi administrasi kepesertaan dan pelayanan kemudian menempuh verifikasi *software* INA-CBGs menurut ICD-10 dan ICD-9CM, selanjutnya formulir pengajuan klaim diserahkan pada BPJS Kesehatan untuk melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran.

Didalam proses verifikasi klaim BPJS ternyata mengalami banyak kendala yang terjadi salah satunya adalah penolakan berkas oleh verifikator. Menurut Noviasari (2016) dari 138 rekam medis sebanyak 63 berkas tidak disetujui dan 75 berkas disetujui di RSUD Sukoharjo. Penolakan ini terjadi karena beberapa faktor menurut Permenkes No. 28 tahun 2014 hal-hal yang mempengaruhi klaim BPJS yaitu berkas klaim tidak lengkap, isi berkas tidak sesuai dan waktu pengajuan berkas yang terlalu lama. Menurut penelitian Irmawati (2016) penyebab pengembalian berkas klaim sebagian besar karena berkas klaim yang tidak lengkap sebanyak 36 berkas (36%) dan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai sebanyak 41berkas (42%) mengakibatkan penolakan yang berujung pada tertundanya proses pembayaran klaim BPJS pada fasilitas kesehatan.

Kelengkapan berkas pada pasien rawat inap meliputi kelengkapan informasirekam medis yang harus dilengkapi serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai seringkali disebabkan karena ketidaksesuaian antar lembar klaim dan resume medis seperti kode diagnosa dan tindakan tidak sesuai dengan ICD-10 dan 9CM (Direktorat Pelayanan, 2014).

Menurut penelitian Izzah (2016) menyatakan dari 44 rekam medis, nilai Odds Ratio yang diperoleh adalah 9, artinya kode diagnosa *obstetric* yang tepat mempunyai peluang kelancaran klaim BPJS sebesar 9 kali dibanding kode diagnosa *obstetric* yang tidak tepat dan menurut Noviasari (2016) didapatkan P-value $0.000 < 0,05$ OR: 540 artinya kelengkapan resume medis yang lengkap mempunyai peluang kelancaran klaim sebesar 540 kali dibanding kelengkapan resume medis yang tidak lengkap. Ketepatan kode diagnosa dan kelengkapan informasi rekam medis dapat menjadi dasar disetujuinya penagihan biaya

verifikasi oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan (Faskes) dalam penelitian ini Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut sehingga biaya pelayanan yang sudah dikeluarkan akan dibayarkan tepat waktu oleh BPJS sehingga FKTL tidak mengalami kesulitan pada biaya operasional dan tidak mengalami kerugian.

Survei pendahuluan yang telah dilakukan penulis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Depok mendapatkan 13 (32,5%) dari 40 klaim BPJS pasien rawat inap pada bulan Mei 2017 yang tidak disetujui dikarenakan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai atau berkas yang tidak lengkap, 20 (50%) berkas klaim yang tertunda yang kemudian dikembalikan untuk dilengkapi atau diperbaiki, dan hanya 7 (17,5%) berkas klaim yang disetujui. Hal tersebut berdampak pada *cashflow* biaya operasional RSUD Depok yang terhambat. Hasil yang didapatkan dari beberapa peneliti lain dan survei pendahuluan yang dilakukan penulis menunjukkan bahwa ada hambatan dalam proses klaim oleh pihak BPJS sehingga dapat menghambat pembayaran klaim ke fasilitas kesehatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Rekam Medis dan Ketepatan Kode Diagnosa Utama Dengan Persetujuan Klaim BPJS Pada RSUD Depok”.

I.2 Perumusan Masalah

Kesesuaian diagnosis harus didukung oleh kode diagnosis yang akurat, sedangkan tingginya angka ketidakakuratan kode diagnosis di Indonesia yang mencapai 65% saat ini dan juga masih sering ditemukan ketidaklengkapan informasi rekam medis memiliki dampak yang sama dengan kelancaran persetujuan klaim BPJS. Berdasarkan latar belakang diatas peneliti merumuskan masalah *Bagaimanakah hubungan antara kelengkapan informasi rekam medis dan ketepatan kode diagnosa utama dengan persetujuan klaim BPJS?*

I.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui adanya hubungan antara kelengkapan informasi rekam medis dan ketepatan kode diagnosa utama dengan persetujuan klaim BPJS di RSUD Depok.

I.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui proporsi ketepatan kode diagnosis utama pada dokumen rekam medis di RSUD Depok.
- b. Mengetahui proporsi kelengkapan informasi dokumen rekam medis klaim BPJS di RSUD Depok.
- c. Mengetahui proporsi klaim BPJS yang disetujui periode Juni – Juli 2017 di RSUD Depok.
- d. Mengetahui hubungan antara kelengkapan informasi rekam medis dengan persetujuan klaim BPJS di RSUD Depok.
- e. Mengetahui hubungan antara keakuratan kode diagnosis dengan persetujuan klaim BPJS di RSUD Depok.

I.4 Manfaat Penelitian

I.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah wawasan ilmu pengetahuan pada umumnya dan khususnya ilmu ekonomi kesehatan, serta memberikan informasi tentang hubungan kelengkapan rekam medis dan ketepatan kode diagnosis dengan persetujuan klaim BPJS.

I.4.2 Manfaat Praktis

- a. Manfaat bagi Pengelola Jaminan Kesehatan Nasional
Memudahkan penyelenggaraan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit dalam proses *reimbursement* pembayaran biaya pelayanan kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan.

b. Manfaat bagi Tempat Penelitian

Memudahkan persetujuan Klaim BPJS sesuai sistem INA-CBGs sehingga meminimalisasi penolakan Klaim oleh BPJS kepada pihak RSUD Depok

c. Manfaat bagi Program Studi

Menambah referensi penelitian ilmiah di bidang ekonomi kesehatan.

d. Manfaat bagi Mahasiswa

Melatih identifikasi masalah dan meningkatkan kemampuan analisis di bidang ekonomi kesehatan.

