

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) telah diresmikan oleh pemerintah mulai 2014. Penyelenggaraan program JKN adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang layak, yang sudah diatur dalam Undang- Undang no.24 tahun 2011. Program dari BPJS Kesehatan ini diberikan kepada setiap orang yang sudah membayar iuran ataupun iuran yang sudah dibayarkan oleh pemerintah (Noviatri dan Sugeng, 2016).

Fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, berkewajiban untuk melengkapi persyaratan klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG's) (BPJS, 2013). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Direktorat Pelayanan; menyatakan pengajuan klaim BPJS yang ada di Rumah Sakit terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnosis dari DPJP, dan bukti pelayanan penunjang lainnya (Valentina dan Halawa, 2018).

Pola metode pembayaran yang telah ditetapkan oleh BPJS, sudah menggunakan program INA-CBGs. Melalui aplikasi INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS di rumah sakit, dokumen harus melalui tahap verifikasi berkas sehingga verifikasi BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi pelayanan dan memastikan kesesuaian diagnosis serta prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9 (Valentina dan Halawa, 2018). Pembayaran INA CBGs merupakan pembayaran berdasarkan diagnosis dan pengelompokan kriteria klinis yang serupa dan dikelompokkan berdasarkan tingkat keparahannya (EP, 2018). Pembayaran INA-CBGs menggunakan implementasi *grouping* yang menggunakan pengelompokan kode diagnosis dan tindakan untuk menentukan tarif INA-CBGs.

Permenkes No 269/MENKES/PER/III tahun 2008 tentang rekam medis pasal 1 ayat 1, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien oleh pelayanan kesehatan. Rekam medis merupakan berkas/dokumen penting bagi setiap instansi rumah sakit. Hal ini berkaitan dengan isi rekam medis yang mencerminkan segala informasi menyangkut pasien sebagai dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut upaya pelayanan maupun tindakan medis (Pamungkas *et al.*, 2014).

Coding merupakan tindakan dalam pembuatan kode atas diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang telah ditetapkan yang berfungsi untuk mempermudah pengelompokan penyakit dan tindakan medis (YanMed dan Depkes, 1997). Peraturan Menteri Kesehatan No. 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional bahwa ICD-10 dan ICD-9CM yang digunakan di Indonesia dalam pengkodean penyakit dan tindakan yaitu versi tahun 2010 khususnya untuk kepentingan *reimbursement* (penggantian biaya).

Ketepatan diagnosis sangat penting juga dalam bidang pengelolaan data klinis, pengumpulan biaya, serta hal-hal lain yang berkaitan dengan perawatan dan pelayanan kesehatan (Noveria dan Soewondo, 2019). Ketidaktepatan kode diagnosis dapat mempengaruhi proses klaim dan dapat menimbulkan beberapa klaim sehingga menimbulkan tertundanya pembayaran klaim BPJS (Nurdiyanti *et al.*, 2017). Ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan sangat berpengaruh dalam proses klaim INA-CBGs, ketidaktepatan diagnosis yang salah dapat menyebabkan ketidaksesuaian pembiayaan tarif INA-CBGs dan menimbulkan terhambatnya proses klaim BPJS Kesehatan (Widyaningrum, 2015).

Beberapa penelitian terdahulu yang menggambarkan faktor ketidaktepatan kode diagnosis pada klaim BPJS Kesehatan, dapat dilihat dalam tabel 1.1 berikut ini :

Tabel 1. 1 Latar Belakang Permasalahan Sebagai Bahan Dasar Penelitian

No	Judul Penelitian	Author	Ketidaktepatan Kode Diagnosis dan faktor penyebab
1	Analisa Persepsi Verifikator Terhadap	(Mardiawati dan	Terdapat 15 kasus pengembalian kode diagnosis dan tindakan oleh verifikator

	Kode Tindakan Medis Di RS Umum Citra Bunda Medical Center Padang	Handayuni, 2021)	BPJS Kesehatan. Faktor Penyebab : <ol style="list-style-type: none"> 1. Latar belakang pendidikan yang tidak sesuai dengan tugas yang dilakukan. 2. Tulisan dokter yang terdapat pada resume medis sulit untuk dibaca oleh koder. 3. SOP pada bagian <i>casemix</i> sudah ada namun tidak ditempel pada ruangan <i>casemix</i>.
2	Analisis Penyebab <i>unclaimed</i> Berkas BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan	(Valentina dan Halawa, 2018).	Berdasarkan 83 berkas BPJS yang tertunda ada 45% berkas BPJS dikarenakan dari kesalahan pengkodean, 22% dikarenakan dari indikasi medis dan 33% dikarenakan administrasi. Faktor penyebab : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangnya sumber daya manusia yaitu petugas koder. 2. Fasilitas seperti komputer dan printer yang tersedia masih kurang, dan pada penginputan berkas klaim pada INA-CBGs terkadang eror. 3. Belum tersedianya SOP terkait pending berkas BPJS dan SOP tersebut masih direncanakan.
3	Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016	(Laela Indawati, 2019)	Terdapat ketidaksesuaian pengkodean terhadap diagnosis dan tindakan sebesar 30% pada RSUP Fatmawati Faktor penyebab : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidaktepatan penentuan kode oleh koder, koder pengetahuan yang dimiliki koder masih kurang dan terdapat perbedaan persepsi antara dokter dan verifikator BPJS 2. Ketidaksesuaian dengan Permenkes RI No. 27 tahun 2014

Sumber : Artikel Penelitian Terdahulu Ak urasi kode diagnosis juga disebabka n oleh beberapa faktor, pada beberapa penelitian disebutka n bahwa faktor yang menyebab kan ketepatan pengkode an	No	Judul Penelitian	Author	Ketidaktepatan Diagnosis dan faktor penyebab	Kode
				3. Pengkodean untuk data statistik dengan pola pengkodean dalam sistem pembayaran INA-CBGs sedikit berbeda karena tergantung dengan logic dalam aplikasi INA-CBGs karena tidak terdapat <i>additional code</i> .	
	14	<i>The Effect of Accuracy of Giving Diagnosis Codes on Diseases in the Verification of the Sosial Security Organizing Agency (BPJS) in PKU Muhammadiyah Sruweng Hospital.</i>	(Supriadi, 2019)	Terdapat kasus ketidaktepatan kode diagnosis sebesar 31,4% dan dikarenakan oleh faktor : 1. Petugas koding rawat inap hanya ada 1 orang 2. Penulisan diagnosis oleh dokter tidak dapat dibaca oleh petugas koder, karena tulisan yang kurang jelas. 3. SOP pengkodean rekam medis tidak dijelaskan secara spesifik.	
	5	<i>Analisis Pending Claim Pada Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2018</i>	(Manurung et al., 2020)	Faktor penyebab <i>pending claim</i> di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam adalah 60-70% adalah salah koding, dan selebihnya adalah karena faktor salah entry. Faktor penyebab : 1. Faktor perbedaan persepsi antara koder dan pihak BPJS Kesehatan. 2. Kurang lengkapnya resume medis yang digunakan untuk pengklaiman BPJS. 3. Belum terdapat SOP mengenai pengembalian berkas Verifikasi ke IJP.	

diagnosis adalah kurang jelasnya catatan yang dibuat oleh dokter, penggunaan sinonim dan singkatan, kelengkapan dokumentasi rekam medis, Sumber Daya Manusia (SDM), perbedaan penggunaan rekam medis elektronik dan manual, dan kurangnya perhatian koder terhadap prinsip dasar ICD dan aspek inti pengkodean (O'malley et al., 2005) (Eramo, 2012) (Laela Indawati, 2019).

Ketepatan kode diagnosis memiliki peran penting dalam keberhasilan proses klaim BPJS dan dampak yang ditimbulkan dari ketidaktepatan kode diagnosis juga dapat mempengaruhi tarif

INA-CBGs serta berpengaruh terhadap *cash flow* rumah sakit (Kusumawati dan Pujiyanto, 2020). Hal tersebut membuat peneliti berinisiatif mengambil kajian *literature review* dari jurnal/artikel/ maupun skripsi dari penelitian sebelumnya yang dipublikasikan pada tahun 2015-2021 dari berbagai situs resmi yang telah terakreditasi yang digunakan dalam pencarian literature. Pencarian literatur menggunakan *database online* untuk mencari literatur yang memuat ketidaktepatan kode diagnosis sebagai faktor *dispute claim* BPJS Kesehatan.

Pada proses keberhasilan pengklaiman terdapat syarat kelengkapan berkas yang harus lengkap dan tepat, salah satunya adalah diagnosis pasien yang harus dikoding secara tepat. Ketidaktepatan kode diagnosis yang dipakai dapat menyebabkan terhambatnya proses pengajuan klaim kepada BPJS. Berdasarkan data penelitian terdahulu pada latar belakang yang telah disebutkan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan pada klaim BPJS, beberapa faktor tersebut yaitu faktor sumber daya manusia yang terkait, sarana prasarana, dan dari faktor perencanaan atau SOP yang belum ditaati dan dilakukan (Ulfa *et al.*, 2016).

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, mengingat pentingnya rumah sakit memiliki kualitas kode yang baik pada klaim BPJS maka dari itu, peneliti memutuskan mengambil *literature review* dengan meneliti terhadap jurnal peneliti lain mengenai analisis faktor ketidaktepatan kode diagnosis terhadap klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit di Indonesia : *Literature Review*. ditimbulkan oleh faktor yang ditemukan dengan memperhatikan tujuan penelitian *Literature Review* ini.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan dalam pertanyaan yang dibuat menggunakan metode PICO (*Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome*), maka interperensinya seperti ini :

Tabel 1. 2 Metode PICO

METODE PICO	
P (<i>Population</i>)	Kode diagnosis dan tindakan medis
I	Analisis faktor ketidaktepatan kode diagnosis dan

<i>(Intervention/Prognostic Factor/Exposure)</i>	tindakan pada klaim BPJS
C (Comparison)	Pada penelitian ini tidak menggunakan variabel <i>comparison</i> , karena metode penelitian ini menggunakan metode <i>literature review</i>
O (Outcome)	Faktor ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan pada klaim BPJS

Dengan melihat metode PICO (*Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome*). Maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana Analisis Faktor Ketidaktepatan Kode Diagnosis pada Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor Ketidaktepatan Kode Diagnosis pada Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit di Indonesia dalam studi riset *literature review* berdasarkan hasil jurnal penelitian sebelumnya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis faktor Ketidaktepatan Kode Diagnosis pada Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit di Indonesia ditinjau dari aspek *Man*.
2. Menganalisis faktor Ketidaktepatan Kode Diagnosis pada Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit di Indonesia ditinjau dari aspek *Facilities*.
3. Menganalisis faktor Ketidaktepatan Kode Diagnosis pada Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit di Indonesia ditinjau dari aspek *Method*.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

- a. Menambah pengetahuan dan wawasan secara langsung terkait proses manajemen rumah sakit dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan.
- b. Menerapkan langsung ilmu yang diperoleh dari institusi pendidikan dan pemahaman lebih lanjut dari hasil *literature review*.
- c. Menemukan banyak masalah yang sering muncul dalam pengajuan klaim ke BPJS

khususnya pada ketidaktepatan kode diagnosis, serta mengetahui cara mengelola manajemen asuransi setelah lulus dari akademik di Politeknik Negeri Jember ini.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit di Indonesia

Memberikan gambaran faktor ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan pada klaim BPJS untuk meningkatkan kualitas unit kerja rekam medis untuk memenuhi kebutuhan informasi yang berkualitas, khususnya berkaitan dengan klaim BPJS.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan dan Pembaca

Menambah bahan pembelajaran pada bidang rekam medis khususnya pada kinerja rekam medis yang berhubungan dengan *assurance* yang diharapkan dapat memberikan informasi dan wawasan. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi referensi dalam pengembangan penelitian yang berhubungan dengan analisis kode diagnosis pada klaim BPJS Kesehatan di berbagai Rumah Sakit di Indonesia.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup permasalahan yang akan dibahas dalam literature review ini adalah menganalisis **Faktor Ketidaktepatan Kode Diagnosis pada Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit di Indonesia.**

1.6 Keaslian Penelitian

Melalui sumber yang dapat diakses oleh peneliti terkait Analisis Faktor Ketidaktepatan Kode Diagnosis pada Klaim BPJS di Rumah Sakit serta dampak yang ditimbulkan oleh faktor yang ditemukan dan mencari solusi dari faktor yang ditemukan dengan menggunakan metode *literature review*, belum pernah ditemukan atau terpublikasi pada *database online*. Berikut adalah *state of the art* dari penelitian ini :

Tabel 1. 3 *State of the art*

Materi	(Ulfa <i>et al.</i> , 2016))	Rahmadhani, <i>et al.</i> , (2020)	Yustyzia Priyatmaja Putri (2021)
--------	------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Judul	Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Antara Rumah Sakit dan BPJS Menggunakan Icd-10 Untuk Penagihan Klaim Di Rumah Sakit Kelas C Sekota Pekanbaru Tahun 2016	Analisis Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Pada SIMRS	Analisis Faktor Ketidaktepatan kode Diagnosis pada Klaim BPJS di Rumah Sakit
Tujuan	Mengetahui Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Antara Rumah Sakit dan BPJS Menggunakan ICD-10 Untuk Penagihan Klaim di Rumah Sakit Kelas C Se-kota Pekanbaru Tahun 2016.	Menganalisis Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Utama Pada SIMRS Dengan Berkas Klaim BPJS Klinik Obgyn Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang berdasarkan metode Motivation, Opputunity dan Ability.	Mengetahui faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis pada Klaim BPJS di Rumah Sakit
Metode	Kualitatif	Kualitatif	<i>Literature review</i>
Ruang Lingkup	Pelaksanaan ketidaktepatan pengkodean pada verifikasi klaim BPJS di Rumah Sakit Kelas C Se-kota Pekanbaru tahun 2016	Pelaksanaan verifikasi klaim BPJS Kesehatan pada Berkas Klaim oleh BPJS di klinik Obgyn di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang untuk menganalisis ketidaksesuaian kode diagnosis.	Pelaksanaan verifikasi klaim BPJS di Rumah Sakit di Indonesia untuk menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis