

BAB 1

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 berdasarkan Permenkes RI No.30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Rumah sakit merupakan bagian krusial dari suatu sistem pelayanan kesehatan, karena rumah sakit menyediakan pelayanan kuratif dan gawat darurat yang berfungsi sebagai pusat rujukan, serta menjadi pusat alih pengetahuan dan keahlian teknologi. Rumah Sakit dapat melakukan peningkatan kualitas kerja dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan harapan pelanggan. Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sangat tergantung dari tersedianya data dan informasi yang terpercaya, akurat, dan penyajiannya yang tepat waktu (Widyaningrum, 2015).

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sangat tergantung dari tersedianya data dan informasi yang terpercaya, akurat, dan penyajiannya yang tepat waktu. Hal tersebut hanya dapat dilaksanakan apabila faktor SDM sebagai pemeran kunci dalam pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan dipersiapkan dengan sangat baik dan lebih profesional (Hatta, 2010). Menurut Permenkes No. 24 Tahun 2022 Salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit dapat diketahui melalui rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan, pemeriksaan, pengobatan tindakan lain yang diberikan

kepada pasien. Berdasarkan Departemen Kesehatan RI (1997) tentang pedoman pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, tujuan dari rekam medis dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan adalah sebagai penunjang agar tercapainya tertib administrasi. Rekam medis yang berkualitas dapat dilihat dari keakuratan menuliskan diagnosis utama dan kode diagnosa.

Keakuratan penentuan diagnosis utama dan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas data statistik penyakit dan masalah kesehatan serta pembayaran biaya kesehatan dengan sistem *Casemix/(INA-CBG's)*. Sistem pembayaran dengan tarif (*INA-CBG's*) dimana pemberi pelayanan kesehatan akan menerima sejumlah imbalan yang besarnya sesuai dengan diagnosis utama penyakit. Penentuan diagnosa yang salah akan mengakibatkan kode diagnosa tidak tepat dan mengakibatkan pembiayaan tarif *INA-CBG's* yang tidak akurat (Hufinan 1994).

Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Menur Provinsi Jawa Timur dipilih sebagai tempat penelitian dikarenakan rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe A khusus dan menjadi rumah sakit rujukan di kota Surabaya yang mana sebagian besar pasien rumah sakit ini diketahui merupakan pasien BPJS.

Pembiayaan pasien asuransi di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur yaitu menggunakan sistem *casemix* dengan paket *INA-CBG's* dimana diagnosis utama menjadi acuan untuk menghitung biaya pelayanan. Dalam penentuan tarif klaim pasien di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur ditetapkan berdasarkan diagnosa akhir yang nantinya oleh petugas *casemix* dientry dalam *software INA-CBG's* dan keluar dalam bentuk *grouping*. Oleh karena itu kode diagnosa

yang dientry harus tepat karena sebagai penentu dari besarnya klaim *INA-CBG's*.

Berdasarkan survey awal peneliti yang dilakukan dengan observasi di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur pada bulan Maret 2023, peneliti menemukan ketidaksesuaian antara kode diagnosa yang ada pada resume medis dengan hasil *bridging* klaim *INA-CBG's*.

Tabel 1.1 Data Ketidaksesuaian Kode Diagnosa Rawat Inap RSJ Menur

Provinsi Jawa Timur Bulan Maret 2023

Variabel	Kode <i>INA-CBG's</i>				Total	
	Sesuai		Tidak Sesuai		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Kode Resume Medis	7	14	43	86	50	100

Dari data tabel di atas menunjukkan bahwa sebanyak 43 kode diagnosa dengan presentase 86% yang ada di resume medis kurang sesuai dengan hasil *bridging INA-CBG's*, sisanya sebanyak 7 kode diagnosa dengan presentase 14% sudah sesuai antara kode yang ada di resume medis dengan hasil *bridging INA-CBG's*, yang mana ketidaksesuaian ini akan mempengaruhi beberapa perubahan seperti perubahan kelompok kode *INA-CBG's* dan juga perubahan *severity level* yang kemudian akan merubah nilai tarif *INA-CBG's*.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Rahmadhani *et. al.*, 2020 yang menunjukkan bahwa ketidaksesuaian kode Diagnosa utama pada SIMRS dan berkas Klaim BPJS sangat penting karena jika tingkat ketidakakuratan

tinggi maka berdampak pada ketidakakuratan data morbiditas penyakit yang akan mempengaruhi data pelaporan 10 besar penyakit.

Kode di Resume Medis	INACBG's	Kesesuaian		Keterangan
		Ya	Tidak	
F20.1 + Z91.1 + J00	F20.1		v	Kode Z tidak perlu dimasukkan di INACBG. Kode J tidak menaikkan SL
F25.0 + Z91.1 + E11.9 + E10.9 + E11 + R73.9	F25.0		v	Kode Z tidak perlu dimasukkan di INACBG. Tata laksana DM tidak menaikkan SL (severity level)
F28	F28	v		Diagnosa utama sudah sesuai
F20.3 + Z91.1 + G25.9 + J00 + Z03	F20.3+G25.9		v	Tata laksana DS G25.9 inj dyphenhydramine, della, dan recodryl
F28 + K05.0 + K05.2	F28		v	Kode R dan Z tidak perlu dimasukkan di INACBG.
F20.1 + K02 + K05.2	F20.1		v	Kode R dan Z tidak perlu dimasukkan di INACBG. Kode K tidak menaikkan SL
F20.3 + B86 + Z03 + R41.8	F20.3 + B86		v	Kode sekunder B86 bisa menaikkan nilai klaim dengan melampirkan tata laksana berupa CPPT
F20.0 + R63.6 + E87.6	F20.0 + E87.6		v	Kode E87.6 bisa menaikkan nilai klaim dengan melampirkan tata laksanaan/terapi
F20.3 + R64 + J41.0 + J43.8 + D72.8 + R63.6	F20.3		v	Kode sekunder tidak menaikkan nilai klaim & dokter menetapkan kode F20.3 sebagai DU
F20.3 + Z91.1 + E87.6 + R63.6 + K05.3	F20.3 + E87.6		v	Kode E87.6 bisa menaikkan nilai klaim dengan melampirkan tata laksanaan/terapi

Gambar 1.1 Tabel Kode Diagnosa

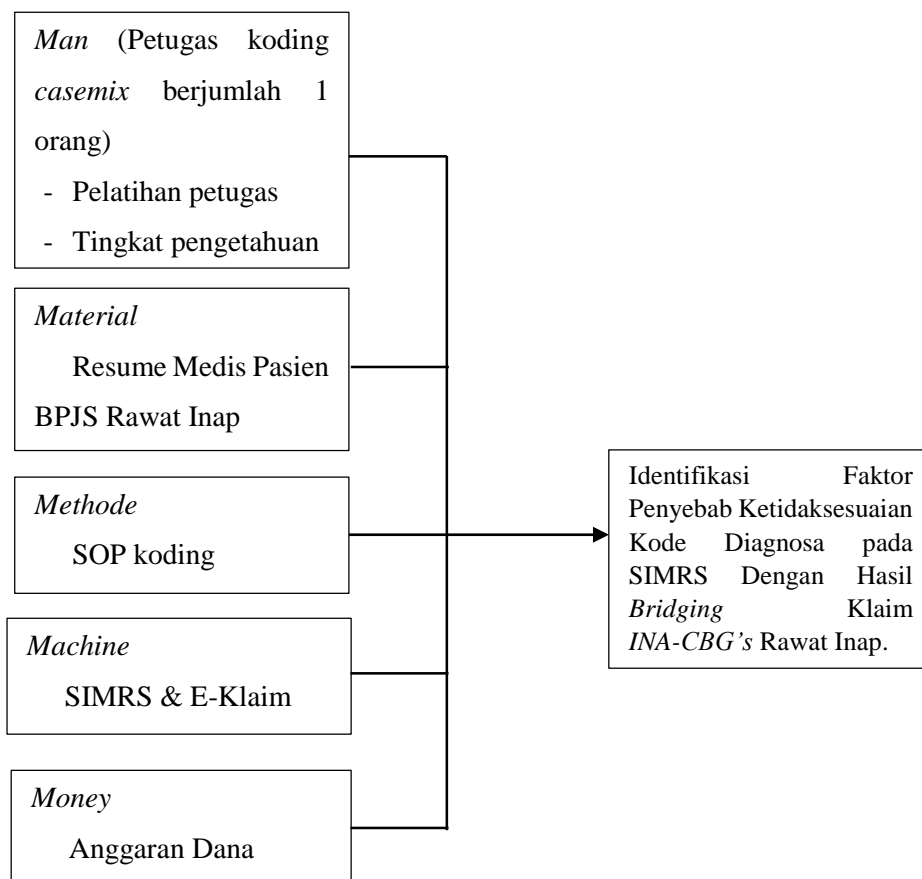
Berdasarkan gambar di atas, terdapat kode yang perlu penyesuaian kembali dikarenakan kode tersebut memerlukan syarat yang harus dipenuhi terlebih dahulu untuk diklaimkan, seperti misalnya kode G25.9, B86, E87.6 dan G40.4. Berdasarkan ketentuan Berita Acara Kesepakatan dan Panduan Verifikasi *INA-CBG's* dijelaskan bahwasanya kode-kode tadi memerlukan tata laksana berupa tindakan atau terapi yang harus dilampirkan, sehingga apabila diklaimkan kode tersebut dapat membantu menaikkan nilai klaim atau *severity level*.

Jika ditemui 2 kode yang berbeda, maka petugas harus meneliti lagi apakah ada kode yang lebih spesifik atau tidak. Lebih spesifik ini dalam artian

kode tersebut dapat ditetapkan atas dasar dokter, obat, dan pemeriksaan/penunjang. Apabila semuanya dilakukan, maka kode tersebut dapat dimasukkan ke *INA-CBG's*.

Selain itu, terdapat kode yang sudah sesuai. Hal ini dikarenakan dokter telah menetapkan kode tersebut sebagai diagnosis utama dan kode yang ada di resume medis dengan hasil *bridging INA-CBG's* sama.

1.2 Identifikasi Penyebab Masalah



Gambar 1.2 Identifikasi Penyebab Masalah

Peneliti menggunakan teori 5M dari Harrington Emerson (1960) yaitu *Man, Money, Material, Machine, dan Methode*. Dari gambar di atas dapat menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi ketidaksesuaian kode diagnosa pada SIMRS dengan *bridging* klaim *INA-CBG's* rawat inap. Pada faktor *Man* terdapat petugas *casemix* berjumlah 1 orang bagian koding dengan variable yang akan diteliti yaitu pelatihan petugas dan tingkat pengetahuan petugas *casemix* dalam melakukan klaim dan pengkodean. Pada faktor *Material* terdapat resume medis pasien BPJS Rawat Inap yang berisikan kode diagnosa yang mana kode-kode tersebut berasal dari SIMRS yang terinput secara otomatis dan nantinya akan dianalisa kembali oleh petugas bagian *casemix*. Pada faktor *Methode* yaitu adanya SOP koding yang berfungsi sebagai pedoman dalam proses melakukan klaim. Pada faktor *Machine* terdapat SIMRS dan E-Klaim yang digunakan untuk melihat CPPT pasien serta input kode diagnosa yang nantinya akan diklaimkan. Pada faktor *Money* terdapat anggaran dana.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apa saja yang menyebabkan ketidaksesuaian kode diagnosa pada SIMRS dengan hasil *bridging* klaim *INA-CBG's* rawat inap di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur?”.

1.4 Batasan Masalah

Agar penelitian lebih terarah dan tidak terlalu luas, maka batasan masalah yang ditetapkan oleh peneliti adalah kode diagnosa pasien BPJS Rawat Inap pada aplikasi SIMRS dengan *INA-CBG's*.

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui penyebab ketidaksesuaian kode diagnosa pada SIMRS dengan hasil *bridging* klaim *INA-CBG's* rawat inap di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur.

1.5.2 Tujuan Khusus

1.5.2.1 Mengidentifikasi ketidaksesuaian kode diagnosa pada SIMRS dengan hasil *bridging* klaim *INA-CBG's* rawat inap di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur.

1.5.2.2 Menganalisa faktor penyebab ketidaksesuaian kode diagnosa pada SIMRS dengan hasil *bridging* klaim *INA-CBG's* rawat inap di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Bagi Peneliti

1.6.1.1 Dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan, wawasan, dan pengalaman yang berkaitan dengan ketidaksesuaian kode diagnosa pada SIMRS dengan hasil *bridging* klaim *INA-CBG's* rawat inap di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur.

1.6.1.2 Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program Diploma 3 (D3) STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya.

1.6.2 Bagi Rumah Sakit

1.6.2.1 Dapat digunakan sebagai bahan kajian dan masukan dalam pelaksanaan dan evaluasi pelayanan klaim di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur.

1.6.2.2 Dapat digunakan sebagai bahan kajian dan masukan mengenai penyebab ketidaksesuaian kode diagnosa pada SIMRS dengan hasil *bridging* klaim *INA-CBG's* rawat inap di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur.

1.6.3 Bagi Akademik

Dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam pembelajaran bagi mahasiswa khususnya tentang ilmu rekam medis dan sebagai tambahan untuk studi kepustakaan serta dimanfaatkan untuk referensi bagi peneliti selanjutnya yang mengambil penelitian dengan topik yang sejenis.