BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang Undang Kesehatan No 17 tahun 2023 pasal 1 nomor 8 menjelaskan bahwa, fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tempat atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perorangan ataupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau masyarakat. Salah satu fasilitas kesehatan adalah Rumah sakit. Rumah Sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Salah satu bentuk upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah dengan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berwujud BPJS Kesehatan. Rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan. Klaim merupakan proses pengajuan biaya yang dilakukan oleh rumah sakit.(Dwidayati et al., 2016)

Terdapat dua metode pembayaran yang umum digunakan, yaitu metode retrospektif dan prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah sistem di mana rumah sakit dibayar berdasarkan layanan yang sudah diberikan kepada pasien. Semakin banyak tindakan atau layanan yang dilakukan, maka semakin besar pula biaya yang harus dibayar, contohnya adalah Fee For Service (FFS). Sementara itu, metode pembayaran prospektif adalah sistem di mana biaya layanan sudah ditentukan sebelumnya, sebelum pasien menerima perawatan. Jadi, berapa pun layanan yang diberikan, rumah sakit tetap dibayar sesuai tarif

yang telah ditetapkan. Contoh dari metode prospektif ini adalah global budget, per diem, kapitasi, dan case based payment seperti INA-CBGs.(Ari Sukawan, 2019) Sistem INA-CBG's adalah alat penting dalam proses pengajuan dan pembayaran klaim yang bekerja sama dengan rumah sakit rujukan (FKRTL), sehingga semua pihak yang terlibat perlu memahami konsep dan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem ini terdiri dari beberapa bagian utama, yaitu pengkodean (coding) dan alur klinis (clinical pathway). Namun, dalam praktiknya, sering muncul kendala saat proses klaim, salah satunya adalah gangguan pada perangkat lunak (software) yang sering mengalami error ketika menginput berkas klaim. Hal ini bisa menghambat kelancaran proses klaim di rumah sakit.(Agiwahyuanto et al., 2020)

Proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan harus memenuhi syarat administrasi, klinis, dan keungan. Syarat administrasi ada tiga yaitu administrasi kepersetaan, administrasi pelayanan dan penunjang serta administrasi keuangan. Hal ini sesuai dengan peraturan BPJS Kesehatan no 01 tahun 2014 yang menjelaskan dokumen klaim meliputi surat eligibilitas peserta (SEP), resume medis/ laporan status pasien/ keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, bukti pelayanan lainya, misalnya; protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit (billing) dan dokumen pendukung lain yang diperlukan dokumen klaim yang ditemukan oleh verifikator BPJS yang tidak lengkap secara administratif, klinis, koding menyebabkan dokumen klaim dipending oleh BPJS Kesehatan.

Klaim pending adalah pengembalian klaim yang masih tertunda atau belum dapat diproses lebih lanjut oleh pihak BPJS Kesehatan yang dikarenakan adanya kekurangan atau ketidaksesuaian dalam medis, pengkodean, dan prosedur administratif.(Santiasih, 2021) Terjadinya klaim pending dapat mengakibatkan tidak terbayarnya pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit dan mengakibatkan menurunnya pemasukan Rumah Sakit. Salah satu penyebab klaim pending adalah kelengkapan dokumen klinis yang diajukan rumah sakit yaitu kelengkapan resume medis. Resume medis merupakan

rangkuman dari isi rekam medis mulai dari indikasi pasien dirawat, diagnosa masuk, diagnosa akhir, hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan pengobatan yang telah disi oleh dokter secara lengkap dan tepat. (Wattimena, 2021)

Berdasarkan studi pendahuluan di rumah sakit Mitra Sehat Medika Kabupaten Pasuruan pada mei 2025 dengan kepala casemix di dapatkan penulisan diagnosis utama tidak lengkap dan spesifik. Berikut 3 data penulisan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan medis yang diberikan oleh kepala casemix RS X Kabupaten Pasuruan. Berikut data kelengkapan diagnosis dan tindakan medis pada tarif ina CBGs:

Tabel 1.1 Kelengkapan diagnosis dan tindakan medis pada tarif INA-CBGs

No	No Registrasi	Diagnosis Utama	Diagnosis Sekunder	Tindakan Medis	Tarif INA-CBGs	Keterangan
1	00007121	Anemia	CKD (Gagal ginjal kronis)	-	2.700.000	Anemi yang ditetapkan tidak lengkap karena tidak dijelaskan jenis anemia seharusnya diagnosis utama yang tertulis adalah CKD stage 3 dan sekunder anemi tarif yang tepat adalah

						4.121.200. (Tarif ina-cbgs regional 1 rumah sakit kelas D swasta rawat inap).
2	00008765	Tifoid fever	-	-	3.017.400	Pada asesmen igd tidak ada indikasi pasien masuk rawat inap sehingga berubah menjadi rawat jalan maka tarif berubah menjadi 189.200. (Tarif ina-cbgs regional 1 rumah sakit kelas D swasta rawat inap).
3	00001135	DHF	-	-	2.231.100	Pada asesmen tidak dijelaskan indikasi rawat inap dari anamese dan pemeriksaan fisik sehingga

						harus jadi pasien rawat jalan dengan tarif ina cbgs menjadi 288.600. (Tarif ina-cbgs regional 1 rumah sakit kelas D swasta rawat inap).

Pada tabel 1.1 menunjukkan bahwa kelengkapan diagnosis yang di tunjang dengan kelengkapan anamese pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta tatalaksana akan menghasilkan ketepatan tarif INA-CBGs

Menurut (Sakidjan et al., 2014) menjelaskan bahwa ketidaklengkapan catatan rekam medis pada kasus Tetralogy of Fallot pada Implementasi INA-CBGS yang berakibat pada selisih klaim disebabkan oleh berbagai faktor yakni kurangnya tanggung jawab DPJP dan PPDS dalam mengisi rekam medis, terbatasnya jumlah komputer yang digunakan untuk melengkapi data rekam medis dan tidak adanya petunjuk kode ICD-10 yang terletak dekat dengan komputer, SPO pengisian rekam medis yang belum juga direvisi sejak tahun 2007, tidak optimalnya diseminasi informasi, serta pembinaan dan pemantauan terkait pengisian rekam medis yang belum efektif.

Menurut (Nurfadhilah, 2017) menyebutkan bahwa ketidaklengkapan pengisian rekam medis terhadap kesesuaian tarif ina cbgs disebabkan pengisi resume medis bukan dokter yang bertanggung jawab melakukan hal itu, Standar Prosedur Operasional belum dijalankan dengan optimal, belum adanya reward dan punisment secara langsung, belum adanya sistem sosialisasi yang berkesinambungan.

Menurut (Sakinah & Yunengsih, 2021) menyebutkan bahwa ketidaklengkapan penulisan resume medis rawat inap terhadap kelancaran klaim bpjs kesehatan yang sesuai dengan indaikator kelengkapan pengisian resume medis rawat inap yang meliputi : Identifikasi pasien, *review* laporan penting, *review* pendokumentasian dan *review* autentifikasi, Adanya ketidak terbacaan penulisan diagnosa medis yang berpengaruh terhadap proses kodefikasi penyakit yang akan berpengaruh juga terhadap tarif klaim yang akan diajukan, Ketidak lengkapan penulisan nama jelas serta tanda tangan dokter dan perawat yang merawat pasien juga berpengaruh terhadap syarat kelengkapan administrasi klaim.

Berdasarkan latar belakang, peneliti akan melakukan penelitian tentang "Analisis Kelangkapan Resume Medis Terhadap Ketepatan Tarif INA-CBGss Di Rumah Sakit X Kabupaten Pasuruan".

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana analisis kelengkapan resume medis terhadap ketepatan tarif INA-CBG yang diklaim oleh Rumah Sakit X Kabupaten Pasuruan?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Khusus

Untuk menganalisis kelengkapan resume medis terhadap ketepatan tarif INA-CBGs yang diklaim oleh Rumah Sakit X Kabupaten Pasuruan.

1.3.2 Tujuan Utama

a. Untuk mengetahui kelengkapan resume medis rawat inap di Rumah Sakit X Kabupaten Pasuruan.
b. Untuk mengetahui ketepatan tarif INA-CBGs di Rumah Sakit X Kabupaten Pasuruan.
c. Untuk mengetahui pengaruh kelengkapan resume medis rawat inap di Rumah Sakit X Kabupaten Pasuruan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi Rumah Sakit X Kabupaten Pasuruan dalam merumuskan strategi dan kebijakan untuk meminimalkan terjadinya pengembalian dokumen klaim BPJS Kesehatan.

1.4.2 Bagi Poltekkes Kemenkes Malang

Penelitian ini dapat menambah referensi ilmiah dan menjadi bahan kepustakaan bagi mahasiswa atau pihak lain yang ingin melakukan penelitian terkait pengelolaan dokumen klaim BPJS Kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

1.4.3 Bagi Penulis

Penelitian ini memberikan kesempatan bagi penulis untuk mengembangkan kemampuan analisis, menambah wawasan, serta menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama masa studi dalam konteks nyata di lapangan.