

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program perlindungan di bidang kesehatan yang bertujuan agar setiap peserta dapat menerima layanan perawatan dan pemeliharaan kesehatan dasar. Program ini berlaku bagi semua orang yang telah membayar iuran secara mandiri atau ditanggung oleh pemerintah, sehingga mereka tetap mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Program ini merupakan komponen penting dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dirancang untuk memberikan perlindungan di bidang kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia. Tujuan utama dari program ini adalah menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar kesehatan masyarakat secara menyeluruh dan berkelanjutan, sehingga masyarakat dapat menjalani kehidupan dengan layak, sehat dan terlindungi (Kementerian Kesehatan, 2022). Sistem Jaminan Sosial Nasional di Indonesia dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan dan ketenagakerjaan, yang dibentuk secara khusus untuk mengatur dan melaksanakan berbagai program jaminan sosial bagi seluruh masyarakat. Dalam pelaksanaannya, BPJS kesehatan memiliki kewajiban untuk melakukan pembayaran kepada fasilitas pelayanan kesehatan atas layanan yang telah diberikan kepada pasien peserta BPJS, dengan batas waktu paling lambat 15 hari sejak seluruh dokumen klaim diterima secara resmi, mengacu pada tarif standar dari menteri kesehatan. Jika terjadi ketidaksepakatan mengenai besaran tarif pembayaran, keputusan akhir akan ditetapkan oleh menteri kesehatan.

Dalam era JKN saat ini, pengajuan klaim biaya pelayanan ke BPJS kesehatan dilakukan melalui sistem *Casemix INA-CBG's*, yaitu mekanisme pengelompokan berdasarkan kategori tertentu pada layanan medis yang berfungsi untuk menetapkan jumlah biaya yang akan diklaimkan kepada BPJS kesehatan. Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang panduan penggunaan sistem *INA-CBG's*, Sistem *casemix* adalah metode pengelompokan diagnosis dan prosedur medis berdasarkan kesamaan kondisi klinis dan penggunaan biaya

perawatan yang serupa. Pengelompokan ini dilakukan dengan bantuan *software* khusus yang disebut *grouper*. Adapun beberapa komponen yang mendukung pelaksanaan BPJS dan berperan penting dalam penerapan sistem *casemix* salah satunya yaitu *coding* (Fauzan & Arnawilis, 2022).

Coding adalah proses pemberian kode terhadap diagnosis dan tindakan medis, yang dilakukan dengan mengacu pada sistem klasifikasi internasional terkini. Sistem ini dikenal dengan nama *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, yang disusun oleh organisasi kesehatan dunia (*WHO*) sebagai standar global dalam pencatatan dan pelaporan masalah kesehatan (Budi et al., 2023). Melalui proses *Coding*, informasi klinis yang tercatat dalam rekam medis pasien dapat diubah menjadi data yang terstruktur dan terstandarisasi, sehingga memudahkan analisis, pelaporan epidemiologis, serta penetapan tarif pelayanan dalam sistem pembiayaan kesehatan, seperti pada Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam tahap ini, petugas *Coder* memberikan kode pada diagnosis yang telah ditentukan oleh dokter (Hapsari et al., 2024). Keakuratan dalam pengodean diagnosis memiliki dampak signifikan terhadap jumlah keseluruhan tagihan pelayanan kesehatan yang mewakili total klaim atas layanan yang telah diberikan kepada peserta BPJS. Klaim ini mencakup berbagai jenis tindakan medis dan perawatan yang tercatat dalam sistem dan diajukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Kementerian Kesehatan, 2021).

Ketepatan kode sangat penting untuk mendukung pengelolaan data, proses pembayaran layanan kesehatan, dan keperluan lainnya. Kode yang dihasilkan harus memiliki kualitas yang baik, yaitu dapat dipercaya, sesuai kondisi pasien, lengkap dan tersedia tepat waktu. Kode disebut dapat dipercaya ketika beberapa petugas *Coder* memberikan hasil kode yang sama ketika menggunakan rekam medis yang sama. Selain itu, kode yang dihasilkan harus mencerminkan kondisi pasien yang sebenarnya, dan memuat semua diagnosis serta tindakan medis yang telah diterima pasien secara lengkap. Rekam medis yang dikode dengan benar, lengkap, dan tepat waktu akan menghasilkan data yang akurat dan dapat digunakan untuk mendukung pengambilan keputusan dalam pelayanan medis, biaya klaim BPJS maupun manajemen rumah sakit (Pujilestari, 2020).

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Ningsih et al., 2024) yang berjudul “Analisis Kode Klinis Pasien Rawat Inap Jaminan BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Tipe C dan D Wilayah DIY” diperoleh hasil bahwa aspek *Timeliness* mencapai nilai sempurna sebesar 100%, *Accuracy* sebesar 92,5%, *Completeness* sebesar 91,0%, dan *Relevancy* sebesar 87,5%. Aspek dengan nilai paling rendah adalah *Reliability* yaitu sebesar 80,0%. Temuan ini menegaskan bahwa penetapan kode klinis, terutama pada kasus dengan kombinasi diagnosis dan tindakan, memerlukan dukungan dari dokumentasi rekam medis pasien yang lengkap dan terperinci agar proses pengodean berjalan dengan akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

Audit pengodean klinis yaitu proses evaluasi terhadap pendokumentasian rekam medis bahwa pengodean diagnosis dan tindakan telah dilakukan secara akurat, tepat, dan sesuai waktu. Proses ini bertujuan untuk menilai apakah pengodean telah mengikuti pedoman, kebijakan, serta peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam sistem pelayanan kesehatan (K. S. Nasution & Hosizah, 2020). Aspek yang digunakan yaitu mencakup *Completeness*, yang dilihat dari kelengkapan kode, mencakup kode diagnosis primer, sekunder (jika diperlukan) dan tindakan medis (jika ada). Selanjutnya yaitu aspek *Accuracy*, yaitu kesesuaian diagnosis yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh *Clinical Coder* sesuai dengan *ICD-10* dan *ICD-9-CM*.

Proses klaim yang dimaksud merupakan tagihan administratif di mana rumah sakit mengusulkan pembayaran atas layanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien peserta BPJS kesehatan. Pengajuan klaim ini dilaksanakan secara kolektif oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan dibebankan kepada BPJS kesehatan setiap bulannya (Mardiyoko et al., 2020). Fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan diwajibkan untuk menyampaikan klaim secara periodik setiap bulan, dengan tenggat waktu paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Pengajuan tersebut harus disertai dengan dokumen-dokumen pendukung yang sesuai dengan ketentuan prosedur verifikasi dari BPJS. Setelah berkas klaim diterima secara lengkap, BPJS kesehatan berkewajiban

menyelesaikan pembayaran kepada fasilitas kesehatan dalam jangka waktu paling lama 15 hari kalender, sebagai bentuk kompensasi atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta program (Anyaprita et al., 2020).

Dalam pengajuan klaim, dilakukan verifikasi terhadap persyaratan yang mendasari biaya yang ditagihkan. Dalam pelaksanaannya, terdapat beberapa dokumen yang harus disiapkan oleh rumah sakit, diantaranya yaitu mencakup rekap pelayanan serta dokumen pendukung peserta seperti surat *Eligibilitas* peserta (SEP), ringkasan medis, dan keterangan dari dokter yang menangani, dan bukti pelayanan lainnya. Salah satu kendala dalam pengajuan klaim yaitu terjadinya penolakan berkas oleh verifikator BPJS yang dimana akan menyebabkan terjadinya pending klaim atau bahkan sampai berupa penolakan klaim. Salah satu penyebabnya seerti yang akan peneliti bahas yaitu mengenai kode klinis (Santiasih et al., 2021).

Coding klinis yaitu kode yang mencakup kode diagnosis serta tindakan medis. Diagnosis medis adalah proses pemeriksaan kondisi pasien untuk menentukan penyakit apa yang diderita oleh pasien, sedangkan tindakan medis yaitu langkah yang dilakukan oleh tenaga medis, seperti dokter dan perawat, dengan tujuan memelihara, memperbaiki, memulihkan kesehatan, atau meringankan penderitaan pasien. Proses *Coding* sendiri dilakukan melalui pengolahan informasi dari rekam medis, di mana setiap elemen data diberi gambaran dalam bentuk kode alfanumerik atau gabungan huruf dan angka. Penetapan kode diagnosis dan tindakan medis mengacu pada sistem klasifikasi internasional, yaitu *International Classification of Diseases* edisi ke-10 (*ICD-10*) yang digunakan untuk mengodekan diagnosis, dan *ICD-9 Clinical Modification ICD-9-CM*) yang dipakai dalam pengodean prosedur atau tindakan medis yang dilakukan selama masa perawatan pasien (A. Pratama et al., 2023).

Temuan dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Santiasih et al., 2021), beberapa faktor yang menyebabkan klaim dikembalikan setelah proses verifikasi oleh BPJS berkaitan dengan pemeriksaan ulang terhadap kode yang telah ditetapkan, hambatan utama yang dihadapi oleh petugas *Clinical Coder* yaitu ketidaklengkapan dalam pengisian data pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan

penunjang yang tercantum pada ringkasan medis, serta ketidakcocokan informasi antara diagnosis yang ditulis dengan ketentuan *ICD-10*. Akibatnya, kode yang telah ditegaskan seringkali dipertimbangkan ulang karena penetapan kode diagnosis belum sepenuhnya didukung oleh data klinis yang memadai. Kurangnya kejelasan informasi ini berdampak pada kesalahan koder dalam menetapkan kode penyakit maupun tindakan medis.

Berdasarkan temuan awal dari studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti di RSUD Muhammadiyah Bantul pada bagian Pusat Jaminan Kesehatan atau Pusjamkes, ditemukan terdapat 800-900 klaim rawat inap yang dikirimkan setiap bulannya. Dengan persentase permasalahan terkait *pending* klaim setiap bulannya sendiri yaitu sebesar 10-12%. Diketahui bahwa jumlah peserta BPJS tahun 2025 dari bulan Januari-Juni yaitu sebanyak 5.227. Untuk data *pending* klaim peneliti melihat dari data revisi setelah klaim terkirim. Dalam data revisi tersebut terdapat aspek *Coding* yang menyebabkan terjadinya *pending* klaim. Aspek *Coding* yang mempengaruhi *Pending* klaim di RSUD Muhammadiyah Bantul yaitu tidak terdapatnya kode kontrol untuk pasien *Post* rawat inap, terdapat perbedaan antara kode yang diberikan oleh *coder* dengan tindakan yang tercantum pada RME. Berdasarkan hasil uraian tersebut, maka peneliti bermaksud untuk menganalisis faktor ketepatan kode klinis yang mempengaruhi tertundanya proses penyelesaian klaim Pasien Jaminan BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Muhammadiyah Bantul.

B. Rumusan Masalah

Pada penelitian ini adalah bagaimana Analisis Kasus *Pending* Klaim Pasien JKN Rawat Inap Di RSUD Muhammadiyah Bantul ditinjau berdasarkan ketepatan kode klinis pada pasien.

C. Tujuan karya ilmiah

1. Tujuan Umum

Menganalisis Ketepatan Kode Klinis Kasus *Pending* Klaim Pasien JKN Rawat Inap Di RSUD Muhammadiyah Bantul.

2. Tujuan khusus
 - a. Menganalisis Ketepatan Kode Klinis Di RSUD Muhammadiyah Bantul Dilihat Dari Aspek *Completeness*?
 - b. Menganalisis Ketepatan Kode Klinis Di RSUD Muhammadiyah Bantul Dilihat Dari Aspek *Accuracy*?
 - c. Mengambarkan Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan *Coding*

D. Manfaat karya ilmiah

1. Manfaat teoritis
 - a. Bagi institusi pendidikan

Menjadi dasar acuan dan sumber rujukan bagi penelitian berikutnya yang memiliki keterkaitan dengan *pending* klaim pasien BPJS rawat inap yang disebabkan karena ketidaktepatan kode klinis.
 - b. Bagi peneliti

Berfungsi sebagai salah satu bahan penambah wawasan untuk mengembangkan ilmu.
2. Manfaat Praktis
 - a. Berfungsi sebagai pedoman yang sangat penting dalam proses pengambilan keputusan. Data yang diperoleh memberikan wawasan yang jelas dan objektif mengenai keadaan yang sedang terjadi, sehingga memungkinkan pengambil keputusan untuk memahami situasi secara lebih mendalam..
 - b. Bagi tenaga rekam medis khususnya *Casemix*, hasil dari karya tulis ilmiah bisa dijadikan sebagai bahan evaluasi mengenai kasus *pending* klaim.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Tabel Keaslian Penelitian

No	Nama peneliti dan tahun penelitian	Judul	Desain penelitian	Hasil	Perbedaan	Persamaan
1.	Laili Rahmatul Ilmi, Ratna Prahesti, Praptana, Ayu Wahyuningsih, Chinara Manuela (2023)	<i>Review</i> Ketepatan Kode Diagnosis Dan <i>Pending</i> Klaim Rekam Medis Pasien <i>Covid-19</i> Tahun 2021	Penelitian ini menggunakan desain <i>mix-method</i> dengan pendekatan <i>sequential explanatory</i>	Hasil dari penelitian ditemukan bahwa pada pengodean pasien <i>Covid-19</i> mengacu pada standar <i>ICD-10</i> . Selama triwulan 2-3 tahun 2021, terdapat tiga jenis kode yang digunakan, yaitu B34.2, Z20.8 dan U07.1. ketepatan pengodean dinilai berdasarkan kesesuaiannya dengan regulasi terbaru, yaitu kode U07.1 dan U07.2. selain itu, rekam medis sering dikembalikan karena adanya ketidaklengkapan dalam resume medis, seperti tidak tercantumnya nama dokter penanggung jawab, waktu, dan tanda tangan.	Pada penelitian saya ini tidak hanya berfokus pada kode untuk <i>Covid-19</i> saja, selain itu penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif	Sama-sama membahas mengenai ketepatan kode
2.	Aldi Pratama, Harry Fauzi, ZahrasitaNur Indira, Prisai Purnama Adi (2023)	Analisis Faktor Penyebab <i>Pending</i> Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen	Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian <i>deskriptif observasional</i> .	Penelitian ini menunjukkan bahwa dari 1.041 klaim rawat inap yang diajukan pada September 2022, sebanyak 163 klaim (52,24% dari total pengembalian) mengalami pending. Penyebab utama termasuk kesalahan layanan, ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan, serta kurangnya data pendukung, yang diperburuk oleh perbedaan pemahaman antara pihak rumah sakit dan verifikator.	Pada penelitian saya ini mengacu pada aspek audit <i>Coding</i> klinis yaitu <i>Reliability</i> , <i>Completeness</i> , dan <i>Accuracy</i> . penelitian kali ini juga menggunakan metode penelitian kualitatif	Sama-sama membahas mengenai kode dalam kasus pending klaim
3.	Dwi Hapsari, Astri Sri Wariyanti,	Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Pada Pasien Rawat Inap Dengan	Desain yang digunakan dalam penelitian ini yaitu	Hasil penelitian ini ditemukan bahwa pengodean diagnosis tepat 76 (81,7%) dan tidak tepat 17 (18,3%), sedangkan persetujuan klaim BPJS Kesehatan layak sebanyak 78 (83,9%) dan tidak layak sebanyak 15 (16,1%). Berdasarkan uji statistik	Metode yang digunakan yaitu kuantitatif untuk menguji hubungan. Penelitian saya	Sama-sama membahas mengenai ketepatan kode

No	Nama peneliti dan tahun penelitian	Judul	Desain penelitian	Hasil	Perbedaan	Persamaan
	Erna Adita Kusumawati (2024)	Persetujuan Klaim BPJS Di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	observasi analitik	<i>Fisher Exact Test</i> Ho ditolak dan Ha diterima sehingga disimpulkan bahwa Ada hubungan antara ketepatan kode diagnosis dengan persetujuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan	menggunakan metode penelitian kualitatif	
4.	Mei Sryendang Sitorus, Esraida Simanjuntak, Erlindai, Theresia Hutasoit, Putri Metha Amelya Lumbantoran (2023)	Hubungan Ketidaktepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Dengan <i>Pending</i> Klaim Ina-CBG'S Di Rsud Sultan Sulaiman Serdang Bedagai	Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan <i>cross section</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis berhubungan dengan <i>pending</i> klaim. Ketidaklengkapan hasil tes diagnostik menyebabkan 65.3% berkas tidak disetujui dalam kategori tidak lengkap dan 22.8% dalam kategori lengkap. Ketidaktepatan pengisian rekam medis juga berdampak, dengan 69.5% berkas tidak disetujui dalam kategori tidak lengkap/tidak tepat dan 23.6% dalam kategori tidak tepat. Selain itu, ketidaksesuaian omit code menyebabkan 68.0% berkas tidak disetujui dalam kategori tidak sesuai dan 22.2% dalam kategori sesuai. Disarankan adanya sosialisasi SOP pengkodean, pertemuan antara dokter, koder, dan tim verifikasi, serta penerapan omit <i>code</i> sesuai kaidah ICD-10.	Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan <i>cross section</i> . Pada Penelitian saya menggunakan metode penelitian kualitatif	Sama-sama membahas mengenai ketepatan kode
5.	Belni Puspilasari, Sudiro, Juliandi Harahap (2022)	Analisis Perbedaan Kode Diagnosis Icd-10 Antara Rumah Sakit Dengan Verifikator Bpjs Kesehatan	Desain penelitian yang digunakan yaitu menggunakan penelitian kualitatif	Penelitian ini menemukan bahwa perbedaan kode diagnosis ICD-10 terjadi akibat ketiadaan audit kualitas, minimnya protokol klinis, serta lemahnya dukungan manajemen rumah sakit dalam kebijakan dan pelatihan koding, yang berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim.	Pada penelitian saya ini mengacu pada aspek audit <i>Coding</i> klinis yaitu <i>Reliability</i> , <i>Completeness</i> , dan <i>Accuracy</i> .	Sama-sama membahas mengenai kode dalam kasus <i>pending</i> klaim dan sama-sama menggunakan metode kualitatif.