

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan hak asasi manusia. Setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin. Untuk itu negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya. Untuk memenuhi hak masyarakat miskin dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, maka pemerintah mencanangkan program jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas). Jamkesmas adalah suatu program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin (Depkes RI, 2009). Dalam mengelola program jamkesmas ini, pemerintah menggunakan sistem pembayaran paket yaitu INA CBG's (*Indonesian Case Base Groups*). Sistem pembayaran INA CBG's ini merupakan adopsi dari INA DRG's (*Indonesian Diagnostic Related Groups*). Pada dasarnya sistem pembayaran ini sama, hanya saja sistem INA CBG's merupakan sistem lokal sehingga pemerintah tidak perlu mengeluarkan dana besar untuk membayar ke *group licence*.

INA DRG's adalah sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang mengklasifikasikan setiap tahapan pelayanan kesehatan yang sejenis ke dalam kelompok yang mempunyai arti relatif sama. Setiap pasien yang

dirawat di rumah sakit diklasifikasikan ke dalam kelompok yang sejenis dengan gejala klinis serupa serta biaya perawatan yang relatif sama. Kasim dan Erkadius dalam Hatta (2011) menyebutkan bahwa perhitungan pembiayaan prospektif melalui DRG's sangat ditentukan oleh diagnosis akhir dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien yang bisa ditagih ke pihak ketiga penyandang dana atau asuransi. Rumah sakit mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit untuk suatu diagnosis penyakit. Besaran biaya ini sangat ditentukan oleh diagnosis akhir pada saat pasien keluar rumah sakit yang ditetapkan oleh dokter yang merawat atau bertanggung jawab dan ketepatan kode yang diberikan oleh petugas rekam medis dengan menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision*). Berdasarkan SK Menkes RI No 1161/Menkes/SK/X/2007 tanggal 31 Oktober 2007, tiga langkah untuk membentuk kelas DRG yaitu diagnosis penyakit dimasukkan ke dalam kelompok *Major Diagnostic Categories* (MDC) yang sesuai, melihat apakah pasien menjalani pembedahan/prosedur/tindakan atau tidak dan tingkat keparahan penyakit pasien yang ditentukan oleh komorbiditas, komplikasi, umur, dan status pasien selama masa perawatan.

Dari uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa peranan penulisan diagnosis pasien, baik itu diagnosis utama maupun sekunder dan tindakan, sangat penting karena merupakan syarat terpenting dalam proses klaim jamkesmas. Menurut Kasim dan Erkadius dalam Hatta (2008), diagnosis

utama adalah suatu diagnosis kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya. Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan.

Penulisan diagnosis oleh dokter merupakan hal penting dan sangat membantu dalam proses pengkodean penyakit sehingga proses klaim pasien jamkesmas dapat dilakukan dengan lancar. Salah satu faktor tersebut adalah dokter menuliskan diagnosis sesuai dengan ICD-10. ICD-10 merupakan sistem standar klasifikasi diagnosis internasional untuk epidemiologi secara umum serta beberapa tujuan manajemen kesehatan (Naga, 2001). Menurut Kasim dan Erkadius dalam Hatta (2008), pengkodean morbiditas sangat bergantung pada diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yang merawat pasien atau yang bertanggung jawab menetapkan kondisi utama pasien. Dengan demikian, jika ada penulisan diagnosis yang tidak jelas, maka harus dikonfirmasi kepada dokter yang bertanggung jawab atau dokter yang merawat. Hal ini akan membutuhkan waktu lebih lama lagi untuk menyelesaikan proses klaim jamkesmas.

Menurut Amalina (2006), rata-rata persentase ketidaksesuaian penulisan diagnosis utama sebesar 75,7 % atau sebanyak 18 kasus dan jumlah terbanyaknya adalah kode K56.6 (*obstructive ileus NOS*), kode C50 (*malignant neoplasm of breast*), kode K35.1 (*abscess of appendix*), kode I84.2 (*internal haemorrhoids NOS*), S09.8 (*other specified injury of*

*head*), S02.6 (*fracture of mandible*). Faktor ketidaksesuaian penulisan diagnosis dikarenakan belum ada aturan khusus yang tertulis mengenai penulisan diagnosis berdasarkan ICD-10, kurangnya sosialisasi antara dokter dengan petugas *coding* dan keterbatasan waktu bagi dokter yang disebabkan beban kerja yang tinggi. Sedangkan menurut Sadiyah (2004), dari 188 pasien rawat inap bulan Januari 2004 sebesar 69 kasus atau 36,70% memiliki ketepatan *coding* dan 199 kasus atau 63,39% tidak tepat. Faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan kode yaitu kelengkapan data rekam medis pada lembar ringkasan masuk dan keluar, keseragaman sebutan diagnosis yang sesuai dengan istilah ICD-10, pengetahuan perawat sebagai *coder* mengenai ICD-10, dan standar operasional prosedur (SOP).

Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP-4) Yogyakarta merupakan salah satu instansi kesehatan yang bekerjasama dengan jamkesmas dalam melayani pasien tidak mampu. Pasien jamkesmas di BP4 ini cukup banyak sehingga klaim yang harus dilakukan juga tidak boleh terlambat. BP-4 Yogyakarta ini dibagi menjadi lima cabang yaitu Kotagede, Kalasan, Minggiran, Wates, dan Bantul. Namun pelaksanaan klaim jamkesmas dipusatkan menjadi satu tempat. Proses pelayanan jamkesmas mulai dari pelayanan di setiap cabang. Cabang melengkapi semua berkas dan syarat-syaratnya, setelah lengkap kemudian dikirim ke pusat. Setelah itu berkas dibawa ke Askes untuk mendapatkan Surat Keabsahan Peserta, selanjutnya ke proses pengkodean. Berdasarkan studi

pendahuluan di BP-4 Yogyakarta, apabila ada penulisan diagnosis kurang jelas, pengisian dokumen kurang lengkap dan berkas tidak memenuhi syarat kelengkapan untuk diklaimkan, maka harus dikembalikan ke cabang dan akan membutuhkan waktu yang cukup lama.

Studi pendahuluan di BP-4 mengenai penulisan diagnosis pada lembar resume medis pasien jamkesmas masih ada yang kurang spesifik misalnya penulisan *tuberculosis* ekstra paru, yang dimaksud ekstra paru dalam ICD-10 sangat kompleks seperti *tuberculosis* pada kelenjar ataupun organ lain selain paru dan kodenya pun berbeda. Singkatan maupun sinonim yang tidak terdapat di ICD-10 juga masih digunakan misalnya HB (*Hypereaktifitas Bronchus*) dan SOPT (*Syndrome Obstructive Post Tuberculosis*). Hal ini bisa menyebabkan proses pengkodean tidak berjalan dengan lancar dan menyebabkan kesalahan pengkodean. Kimberly *et al* (2005) menyebutkan bahwa penggunaan sinonim dan singkatan menyebabkan ketidaktepatan. Hal yang paling sering terjadi adalah berkas yang akan diklaimkan dikembalikan oleh verifikator yaitu sekitar 20-25% dari jumlah keseluruhan. Dari latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk mengambil tema kesesuaian penulisan diagnosis dengan keakuratan kode penyakit pasien jamkesmas.

## **B. Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan antara kesesuaian penulisan diagnosis dengan keakuratan kode penyakit pasien jamkesmas di BP-4 Yogyakarta?

### **C. Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui hubungan antara kesesuaian penulisan diagnosis dengan keakuratan kode penyakit pasien jamkesmas di BP-4 Yogyakarta.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini bagi peneliti diharapkan dapat menambah wawasan dalam memperkaya pengetahuan penulis dan mempraktekan ilmu yang didapat.

#### 2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini bagi rumah sakit dapat digunakan sebagai informasi yang berguna bagi rumah sakit untuk meningkatkan pelayanannya di bidang kodifikasi penyakit.

#### 3. Bagi Pengembangan Ilmu

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan dan kepustakaan bagi Universitas Muhammadiyah Surakarta khususnya Fakultas Ilmu Kesehatan.