

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam pembiayaan kesehatan adalah dengan memantapkan penjaminan kesehatan melalui jaminan kesehatan. Permenkes No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimulai pada tanggal 1 Januari 2014 yang dibentuk oleh BPJS kesehatan. BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS). Sistem JKN yang dibentuk oleh BPJS Kesehatan tahun 2014 merupakan program jaminan kesehatan lanjutan pemerintah ditahun sebelumnya. Sistem pembayaran dalam jaminan kesehatan nasional ini juga mengikuti sistem pembayaran

pembayaran dengan paket pembayaran sesuai dengan tarif *Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*.

Skema pembiayaan paket *INA-CBGs* yang digunakan adalah *casemix* dimana diagnosis utama menjadi acuan untuk menghitung biaya pelayanan. Penentuan tarif klaim *INA-CBGs* didasarkan atas diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur medis terhadap pasien yang nantinya oleh petugas rumah sakit di *entry* ke dalam *software INA-CBGs* dan keluar dalam bentuk *Grouping* atau kelompok kasus dan *Severity Level (SL)* nya yang menentukan tarif klaim yang dibayarkan. Oleh karena, diagnosis akhir serta komplikasi yang di *entry* sebagai penentu dari besarnya klaim harus mewakili dari segala biaya yang dikeluarkan rumah sakit dalam menangani pasien sehingga data dalam rekam medis harus benar-benar akurat untuk menghindari ketidaktepatan dalam pencatatan yang mengakibatkan kerugian fatal bagi rumah sakit.

Kelengkapan diagnosis didalam berkas rekam medis sangat mempengaruhi kualitas data statistik penyakit dan dalam proses pembayaran biaya kesehatan dengan *software INA-CBGs*. Berkas rekam medis yang tidak lengkap secara tidak langsung dapat mengurangi biaya klaim yang berdasarkan *software INA-CBGs*. Salah satunya adalah pasien dengan dua atau lebih dokter spesialis yang merawat atau sering disebut pasien rawat bersama (Raber) yang diklaim menggunakan tarif *INA-CBGs*. Jika pasien dirawat oleh beberapa dokter atau pasien raber, hal ini kemungkinan akan terjadi ketidaktepatan dan kekurangan dalam penulisan

diagnosis akhir didalam lembar resume medis, karena penulis diagnosis akhir harus satu Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

Berdasarkan hasil penelitian Hasanah, dkk (2013), tentang Analisis Perbedaan Klaim *INA-CBGs*, beberapa kasus ditemukan untuk laporan konsultasi dengan bagian spesialisasi lain juga tidak diabstraksikan dalam resume medis padahal hal tersebut akan meningkatkan *Severity Level*. Penelitian Hasanah menunjukkan, ada hubungan antara kelengkapan diagnosa sekunder dan klaim *INA-CBGs* (p value 0,000). Hasil survei pendahuluan yang dilakukan di RSUD Kota Yogyakarta memperoleh 18 pasien riber Tahun 2015 yang menggunakan pembayaran dengan *INA-CBGs* dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). RSUD Kota Yogyakarta belum mempunyai data mengenai pasien riber, sehingga data diperoleh dengan memilih dari data semua pelayanan pasien yang ada di SIMRS. Data 18 pasien riber tersebut kemudian diambil berkas rekam medisnya, ternyata ada 12 berkas rekam medis penulisan diagnosis oleh dokter didalam lembar resume medis tidak lengkap. Ketidaklengkapan diagnosis medis dalam lembar resume medis pasien diketahui dari *review* pada formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter. Misalnya, DPJP hanya menuliskan dua diagnosis didalam lembar resume medis pasien, ternyata setelah di-*review* dengan formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, ada beberapa diagnosis yang belum dituliskan didalam lembar resume medis pasien. Dari 12 berkas rekam medis yang tidak lengkap, peneliti mengkode diagnosis dan prosedur yang belum dituliskan di dalam formulir resume medis tersebut dan di-*grouping* ulang dengan

menggunakan *software INA-CBGs*, dari 12 berkas tersebut ada 5 berkas yang menunjukkan perbedaan tarif klaim *INA-CBGs*, dan ada 7 berkas yang tidak menunjukkan perbedaan tarif klaim *INA-CBGs*. Dari kelima berkas yang menunjukkan perbedaan tarif tersebut, jumlah total tarif *INA-CBGs* yang sudah di klaim sebesar Rp.30.492.000,00 dan jumlah total tarif *INA-CBGs* sesudah diagnosis dan prosedur medis dilengkapi sebesar Rp.37.185.000,00, jadi kerugian tarif klaim *INA-CBGs* sebesar Rp.6.693.000,00.

Berdasarkan hasil survei yang menunjukkan adanya kerugian tarif klaim dari pihak Rumah Sakit maka, perlu dilakukan analisis tentang perbedaan tarif *INA-CBGs* berdasarkan kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pasien rater Trisemester I di RSUD Kota Yogyakarta dengan proses *grouping* ulang, setelah diagnosis dan prosedur dilengkapi berdasarkan *review* formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, karena selama ini belum pernah dilakukan *review* kelengkapan diagnosis lembar resume pasien di RSUD Kota Yogyakarta. Penelitian mengambil pasien Trisemester I karena pada awal tahun 2015 ada pergantian versi *software INA-CBGs* dari versi 4.0 menjadi 4.1. Survei juga menunjukkan ada tarif *INA-CBGs* yang tidak menunjukkan perbedaan tarif padahal diagnosis dan prosedur dilengkapi berdasarkan formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter.

B. Masalah Penelitian

Apakah ada perbedaan tarif riil RS, tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi berdasarkan kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pasien ribertrisemester I di RSUD Kota Yogyakarta tahun 2015?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* berdasarkan kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pasien riber di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

2. Tujuan Khusus

- a) Mengetahui angka kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pada formulir resume medis pasien riber di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.
- b) Mengetahui tarif riil RS dan tarif klaim *INA-CBGs* pasien riber yang tidak lengkap untuk diagnosis dan prosedur, berdasarkan isian resume medis (sebelum dilengkapi) di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.
- c) Mengetahui tarif klaim *INA-CBGs* yang tidak lengkap untuk diagnosis dan prosedur berdasarkan *review* formulir Perjalanan Penyakit Dan Perintah Dokter setelah dilakukan perlakuan koding ulang dan *grouping* ulang (sesudah dilengkapi) pada pasien riber di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

- d) Mengetahui tarif klaim *INA-CBGs* pasien riber sebelum dan sesudah dilengkapi, berdasarkan *Severity Level*-nya di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.
- e) Mengetahui Selisih tarif *INA-CBGs* sesudah dilengkapi dengan tarif *INA CBGs* sebelum dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.
- f) Menganalisis perbedaan tarif riil RS dan tarif klaim *INA-CBGs* pasien riber sebelum dan sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.
- g) Mengetahui faktor-faktor yang menimbulkan perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* pasien riber Sebelum dan Sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen rumah sakit dalam pengambilan kebijakan yang berkaitan dengan kelengkapan diagnosis dan prosedur, agar tarif klaim *INA-CBGs* yang dihasilkan bisa maksimal.

2. Bagi Pengembangan keilmuan

Penelitian ini diharapkan bisa bermanfaat sebagai pengembangan keilmuan selanjutnya.