



SKRIPSI

**HUBUNGAN KETEPATAN NILAI SKOR PANSS EC KASUS
SKIZOFRENIA TERHADAP PERSETUJUAN KLAIM BPJS
RAWAT INAP DI RSKJ SOEPRAPTO
PROVINSI BENGKULU**

CH. SEPTIANI
NIM : 202208005

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PROGRAM STUDI S1 REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN
TAHUN 2024**

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi Oleh Ch. Septiani NIM 202208005 dengan judul “Hubungan Ketepatan Nilai Skor *PANSS EC* Kasus *Skizofrenia* Terhadap Persetujuan Klaim BPJS Rawat Inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu ” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Bengkulu, Mei 2024 Pembimbing



Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes
NIDN. 0216118301

Mengetahui,
Ketua Program Studi S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
STIKes Sapta Bakti Bengkulu



Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes
NIK. 2010.070

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **CH SEPTIANI**
NIM : 202208005
Program Studi : S1 Program Studi Rekam Medis dan
Informasi Kesehatan
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini adalah benar- benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui
Dosen Pembimbing,



NOFRI HELTIANI, S.Si, M.Kes

Bengkulu, Mei 2024

Yang Membuat Pernyataan,



CH SEPTIANI

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN KETEPATAN NILAI SKOR PANSS EC KASUS
SKIZOFRENIA TERHADAP PERSETUJUAN KLAIM
BPJS RAWAT INAP DI RSKJ SOEPRAPTO
PROVINSI BENGKULU**

CH. SEPTIANI
NIM: 202208005

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Pada Tanggal 04 Mei 2024
dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Panitia Penguji

Ketua Penguji

Dr. Hj. Nur Elly, S.Kp, M.Kes
NIK.2008.003

Anggota Penguji

1. **Hj. Riskawati, BSc. SE, MM**

2. **Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes**
NIDN. 02.161183.01

Mengetahui,

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Septabakti

Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes
NIK.2008.002

**HUBUNGAN KETEPATAN NILAI SKOR *PANSS EC*
KASUS *SKIZOFRENIA* TERHADAP PERSETUJUAN KLAIM BPJS
RAWAT INAP DI RSKJ SOEPRAPTO
PROVINSI BENGKULU**

ABSTRAK

xii Halaman Awal + 56 Halaman Inti + 7 Lampiran
Ch. Septiani, Nofri Heltiani

Masalah : *PANSS EC* merupakan skala instrument penilaian untuk pasien gangguan jiwa berat/*skizofrenia* yang terdiri dari 30 item penilaian yang dibagi dalam skala sub positif, negatif, dan juga *psikopatologi*. Kelengkapan informasi mempresentasikan kelengkapan dan akurasi data yang disampaikan Rumah Sakit terhadap berkas informasi yang disyaratkan BPJS. Hasil observasi awal terhadap 10 sampel berkas klaim kasus *skizofrenia* rawat inap yang diajukan ke BPJS diketahui 6(60%) disetujui dan 4(40%) ditolak, disebabkan 2 berkas tidak tepat nilai skor *PANSS EC*, 1 berkas tidak ada tanda tangan pada lembar resume medis dan 1 berkas salah kode diagnosa, sehingga berdampak terlambatnya pembayaran klaim yang menyebabkan kerugian material bagi Rumah Sakit.

Tujuan: diketahui hubungan ketepatan nilai skor *PANSS EC EC* dengan persetujuan klaim BPJS kasus *skizofrenia* rawat inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu.

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian obserasional analitik dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Penelitian observasional analitik merupakan penelitian yan menkai hubungan antara dua variabel ataupun lebih dan peneliti cukup hanya menamati tanpa melakukan intervensi pada subjek penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah berkas klaim kasus *skizofrenia* rawat inap Triwulan I dan II Tahun 2023 sebanyak 1.422 berkas dengan 93 sampel yang diambil secara *simple random sampling*. Data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dengan cara observasi menggunakan lembar *checklist*, kemudian data diolah dan dianalisis secara univariat menggunakan *chisquare*

Hasil : Ketepatan nilai skor *PANSS EC* 36(38,7%), persetujuan klaim 35(37,6%), terdapat hubungan ketepatan nilai skor *PANSS EC* dengan persetujuan klaim BPJS kasus *skizofrenia* di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu dengan nilai $p \leq$ *value* 0,05 dan *OR* 952.

Kata Kunci : Berkas Klaim ; *PANSS EC* ; Persetujuan
Referensi : (2011-2021)

**THE RELATIONSHIP BETWEEN THE ACCURACY OF THE PANSS EC
SCORE OF SCHIZOPHRENIA CASES ON THE APPROVAL
OF BPJS CLAIMS HOSPITALIZATION AT
RSKJ SOEPRAPTO BENGKULU PROVINCE**

ABSTRACT

xii Home Page + 56 Core Pages + 7 Attachments
Ch. Septiani, Nofri Heltiani

Problem: PANSS EC is an assessment instrument scale for patients with severe mental disorders/schizophrenia which consists of 30 assessment items divided into positive, negative and psychopathology subscales. Completeness of information represents the completeness and accuracy of the data submitted by the Hospital to the information files required by BPJS. The results of initial observations of 10 samples of claims files for inpatient schizophrenia cases submitted to BPJS showed that 6 (60%) were approved and 4 (40%) were rejected, because 2 files had incorrect PANSS EC score values, 1 file had no signature on the resume sheet medical and 1 file with incorrect diagnosis code, which resulted in late payment of claims which caused material losses for the Hospital.

Objective: To determine the relationship between the accuracy of the PANSS EC score and the approval of BPJS claims for inpatient schizophrenia cases at RSKJ Soeprapto, Bengkulu Province.

Methods: This research is an analytical observational study using a cross sectional approach. Analytical observational research is research that examines the relationship between two or more variables and the researcher simply observes without intervening on the research subject. The population in this study was 1,422 files of inpatient schizophrenia case claims for the first and second quarters of 2023 with 93 samples taken using simple random sampling. The data used is secondary data obtained by observation using a checklist sheet, then the data is processed and analyzed univariately using chi-square

Results: The accuracy of the PANSS EC score was 36(38,7%), claim approval was 35(37,6%), there was a correlation between the accuracy of the PANSS EC score and the approval of BPJS claims for schizophrenia cases at RSKJ Soeprapto, Bengkulu Province with a value of $p \leq \alpha 0.05$ and OR 952 .

Keyword : Agreement; BPJS; Claim File; PANSS EC.
Reference : (2011 – 2021)

KATA PENGANTAR

Assalamu`alaikum Wr. Wb.

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Skripsi ini. Penyusunan Skripsi dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana (Strata 1) Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pada Program Studi S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Skripsi ini disusun dengan bantuan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu pada kesempatan ini secara khusus peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada Ibu Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes sebagai dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penyusunan Skripsi ini secara telaten dan penuh kesabaran.

Selain itu peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua STIKes Sapta Bakti.
2. Ibu Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
3. Ibu Dr. Nur Elly, S.Kp,M.Kes selaku Penguji 1.
4. Ibu Hj Riskawati, BSc. SE. MM selaku Penguji 2.
5. Orang tua peneliti yang telah memberikan bantuan dukungan yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan Skripsi.
6. Semua Dosen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang telah memberikan ilmu pada peneliti.
7. Teman-teman seperjuangan dan Alamamaterku.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki oleh peneliti, maka peneliti mengharapkan pembaca dapat memberikan

kritik dan saran yang mengembangkan penelitian selanjutnya.

Dengan segala kerendahan hati, peneliti mohon maaf atas kekurangan tersebut. Sekiranya Skripsi ini dapat bermanfaat baik bagi peneliti sendiri maupun pembaca, khususnya mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti.

Wassalamu`alaikum Wr. Wb

Bengkulu, Mei 2024

Peneliti

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | ii |
| PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iv |
| ABSTRAK | v |
| ABSTRACT | vi |
| KATA PENGANTAR..... | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR..... | xii |
| DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiv |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 5 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 5 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 5 |
| E. Keaslian Penelitian | 6 |
| | |
| BAB II TINJAUAN TEORITIS | 8 |
| A. Kelengkapan Berkas Klaim..... | 8 |
| B. Kelengkapan Pendokumentasian..... | 9 |
| C. Pans EC..... | 10 |
| D. Diagnosis..... | 21 |
| E. Konsep Pengkodean..... | 22 |
| F. Pengajuan Klaim BPJS..... | 28 |
| G. Persetujuan Klaim BPJS | 30 |
| H. Pengembalian Klaim BPJS | 33 |
| I. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya | 35 |
| J. Kerangka Teori..... | 37 |
| K. Kerangka Konsep | 37 |
| L. Hipotesis..... | 38 |
| | |
| BAB III METODELOGI PENELITIAN..... | 39 |
| A. Jenis Penelitian..... | 39 |
| B. Subjek Penelitian..... | 39 |
| C. Teknik Pengambilan Sampel..... | 40 |
| D. Definisi Operasional..... | 40 |
| E. Instrumen Penelitian..... | 41 |
| F. Waktu dan Tempat Penelitian | 41 |
| G. Teknik Pengumpulan Data | 41 |
| H. Analisis Data | 42 |

| | |
|---|-----------|
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 44 |
| A. Jalannya Penelitian | 44 |
| B. Keterbatasan Penelitian | 45 |
| C. Hasil Penelitian | 45 |
| D. Pembahasan..... | 48 |
| | |
| BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... | 57 |
| A. Simpulan..... | 57 |
| B. Saran | 57 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| Nomor | Nama Tabel | Halaman |
|--------------|--|----------------|
| Tabel 1.1 | Keaslian Penelitian | 6 |
| Tabel 2.1 | Penatalaksanaan Penyelesaian Dispute klaim Dalam Penyelenggaraan JKN | 34 |
| Tabel 3.1 | Definisi Operasional | 41 |
| Tabel 4.1 | Hasil Distribusi Frekuensi | 46 |
| Tabel 4.2 | Hubungan Ketepatan Nilai Skor dengan Persetujuan Klaim | 46 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | Nama Gambar | Halaman |
|--------------|---------------------------|----------------|
| Gambar 2.1 | Kerangka Teori | 37 |
| Gambar 2.2 | Kerangka Konsep..... | 37 |
| Gambar 3.1 | Rancangan Penelitian..... | 39 |

DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH

| | |
|-----------------|---|
| BPJS | : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial |
| CAC | : <i>Computer-Assisted Coding</i> |
| CCR | : <i>Cost to Charge Ratio</i> |
| CMG | : <i>Case Main Group</i> |
| DPJP | : Dokter Penanggung Jawab Pelayanan |
| DTD | : Daftar Tabulasi Dasar |
| FKRTL | : Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjur |
| JKN | : Jaminan Kesehatan Nasional |
| <i>PANSS EC</i> | : <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> |
| PPK | : Panduan Praktik Klinik |
| RL | : Formulir Rekam Medis |
| RSKJ | : Rumah Sakit Khusus Jiwa |
| SEP | : Surat Eligibilitas Peserta |
| SOP | : Standar Operasional Prosedur |
| TKMKB | : Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya |

DAFTAR LAMPIRAN

| Nomor | Nama Lampiran |
|--------------|------------------------------|
| Lampiran 1 | Jadwal Kegiatan Penelitian |
| Lampiran 2 | Hasil Olah Data SPSS |
| Lampiran 3 | Instrument Penelitian |
| Lampiran 4 | Lembar Bimbingan |
| Lampiran 5 | Surat Pra Penelitian |
| Lampiran 6 | Surat Penelitian |
| Lampiran 7 | Surat Rekomendasi Penelitian |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam peningkatan kesehatan yaitu adanya badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat yang kemudian disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang merupakan implementasi penting dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 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, dengan metode pembayaran prospektif yang diterapkan merupakan pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan dimana besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan.

Pola pembayaran prospektif dikenal dengan *casemix* yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper* yang dikenal INA-CBG's dimana klaim akan dibayarkan oleh BPJS (Ardhitya, 2015).

Pada program JKN ada *Special CMG* dalam INA-CBGs atau special group pada tarif INA-CBGs yang dibuat agar mengurangi resiko keuangan rumah sakit yang diberikan untuk beberapa kasus penyakit subakut dan kronis, dasar pembuatan *special CMG* adalah *Cost to Charge Ratio (CCR)* yaitu perbandingan antara *cost* rumah sakit dengan tarif INA-CBGs, data masukan yang digunakan untuk perhitungan CCR berasal dari profesional (dokter spesialis) sebagai syarat dalam proses verifikasi dan *claim* BPJS (Permenkes No. 27 Tahun 2014).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Juknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) menyatakan bahwa salah satu *Special Casemix Main Groups*(CMG) subakut dan kronis diperuntukkan untuk kasus-kasus psikiatri atau kesehatan jiwa. Kesehatan jiwa merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan secara umum serta merupakan dasar bagi pertumbuhan dan perkembangan manusia. Kesehatan jiwa membuat perkembangan fisik, intelektual dan emosional seseorang berkembang optimal selaras dengan perkembangan orang lain. Salah satu kesehatan jiwa yang masuk dalam special CMG yaitu *skizofrenia* yang merupakan gangguan psikotik yang paling lazim terjadi dan memiliki prevalensi global cukup tinggi.

Sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, hal-hal yang berpengaruh terhadap proses verifikasi klaim BPJS di antaranya kelengkapan berkas klaim dan keakuratan kode diagnosa dan waktu pengajuan klaim sesuai dengan ketentuan. Kelengkapan berkas pada pasien rawat inap meliputi kelengkapan informasi rekam medis yang harus ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan kesehatan. Selain kelengkapan berkas, hal yang mempengaruhi kelancaran proses klaim BPJS yaitu kesesuaian kode antar lembar klaim (BPJS) dan resume medis (rumah sakit). Kode diagnosis dan tindakan yang dihasilkan harus sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik dan tindakan medik yang disahkan oleh dokter yang bertanggung jawab. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat, apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim.

Persetujuan klaim yang diajukan pada pihak BPJS dipengaruhi oleh kelengkapan administrasi dan keakuratan kode diagnosis dan tindakan antar lembar klaim (BPJS) dan resume medis (rumah sakit) sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM, kelengkapan persyaratan berkas klaim dan kelengkapan informasi medis yang harus ditandatangani Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) (Juknis BPJS Kesehatan, 2014). Dalam pendokumentasian rekam medis kasus jiwa, nilai skor *PANSS EC* merupakan penilaian yang paling penting untuk pasien gangguan jiwa berat/*skizofrenia* yang terdiri dari 30 item penilaian yang masing-masing dibagi dalam sub skala positif, negatif dan juga psikopatologi secara umum dan salah satu data penting yang digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit Khusus Jiwa (RSKJ) Soeprpto Provinsi Bengkulu merupakan rumah sakit jiwa milik Pemerintah Daerah kelas B yang memiliki pelayanan kesehatan Unit Rawat Jalan, Rawat Inap, Rawat Darurat, Rehabilitasi dan Kesehatan Jiwa Masyarakat serta telah meraih akreditasi paripurna KARS tertanggal 8 Januari 2018. Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu pada bulan Desember 2023 diketahui bagian *coding* rawat inap memiliki petugas *coding* 2 orang dan petugas verifikasi 2 orang yang semuanya tidak memiliki latar belakang pendidikan rekam medis dengan masa kerja ≥ 5 tahun dan sudah mengikuti pelatihan kaidah koding INA-CBG's.

Berdasarkan Laporan Rawat Inap BPJS diketahui jumlah kunjungan kasus rawat inap BPJS selama 4 triwulan terakhir tahun 2022 mengalami peningkatan, hal ini terlihat dari data berikut, yaitu triwulan 1 jumlah kunjungan 639 pasien dengan berkas klaim gagal *purif* 293(45%), triwulan 2 jumlah kunjungan 689 pasien dengan berkas klaim gagal *purif* 326(47%), triwulan 3 jumlah kunjungan 658 pasien dengan berkas klaim gagal *purif* 304(46%) dan triwulan 4 jumlah kunjungan 598 pasien dengan berkas klaim gagal *purif* 265(44%). Pada tahun 2023 triwulan 1 dan triwulan 2 jumlah kunjungan pasien mengalami peningkatan yaitu 1.422 pasien.

Hasil observasi awal yang dilakukan terhadap 10 sampel berkas klaim

kasus-kasus rawat inap yang diajukan ke BPJS Kesehatan Cabang Bengkulu diketahui 6(60%) disetujui dan 4(40%) ditolak yang disebabkan 2 berkas tidak tepat nilai skor *PANSS EC*, 1 berkas tidak ada tanda tangan pada lembar resume medis dan 1 berkas salah kode diagnosa.

Kelengkapan berkas klaim dan keakuratan dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangat penting karena berkaitan dengan persetujuan klaim yang diajukan pada BPJS dan pembiayaan pelayanan kesehatan baik pembiayaan yang ditanggung sendiri maupun BPJS. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Rekam Medis diketahui bahwa petugas kurang teliti dalam menghitung total nilai skor *PANSS EC*, menulis kode diagnosa dan memverifikasi berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS, hal ini dikarenakan belum memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) Perhitungan Total Skor *PANSS EC*, SOP Verifikasi Berkas Klaim dan SOP Pengajuan Klaim sehingga berdampak berkas klaim mengalami *gagal purif/pending* dikembalikan verifikator BPJS ke rumah sakit untuk diperbaiki.

Selain dengan hasil penelitian Irmawati, dkk (2018) mengatakan berkas klaim yang tidak disetujui pihak BPJS dan dikembalikan pada pihak rumah sakit berdampak pada terlambatnya proses pembayaran klaim sehingga menyebabkan kerugian material, menurunkan mutu pelayanan rekam medis dan beban kerja tim *casemix* akan bertambah. Oleh sebab itu, sebelum klaim diajukan ke BPJS sangat penting untuk dilakukan evaluasi ulang oleh verifikator internal rumah sakit terhadap kelengkapan berkas klaim dan keakuratan kode sebelum diajukan ke BPJS sehingga klaim tidak dikembalikan dan langsung terverifikasi oleh BPJS.

Mengingat setiap kali pengajuan klaim BPJS kasus jiwa rawat inap pihak RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu selalu mengalami gagal purif yang disebabkan mayoritas total nilai skor *PANSS EC* yang tidak tepat sehingga berdampak pada pengembalian berkas klaim untuk dilengkapi/diperbaiki.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas peneliti tertarik untuk meneliti tentang **“Hubungan Ketepatan Nilai Skor *PANSS EC* Kasus *Skizofrenia* Terhadap Persetujuan Klaim BPJS Rawat Inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu”**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara Hubungan ketepatan Nilai Skor *PANSS EC* kasus *Skizofrenia* terhadap persetujuan klaim BPJS Rawat Inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui Hubungan Ketepatan Nilai Skor *PANSS EC* Kasus *Skizofrenia* Terhadap Persetujuan Klaim BPJS Rawat Inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui ketepatan nilai skor *PANSS EC* kasus *Skizofrenia* rawat inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu.
- b. Diketahui persetujuan berkas klaim BPJS kasus *Skizofrenia* rawat inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu.
- c. Diketahui hubungan ketepatan nilai skor *PANSS EC* dengan persetujuan klaim BPJS kasus *Skizofrenia* rawat inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Memberikan informasi dan perkembangan ilmu pengetahuan serta berkontribusi untuk kemajuan ilmu khususnya di bidang rekam medis pada mata kuliah mutu pelayanan kesehatan dan sistem pembiayaan kesehatan.

2. Praktis

a. Bagi RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan yang bermanfaat bagi petugas rekam medis dalam memverifikasi berkas klaim sebelum diajukan ke pihak BPJS.

b. Bagi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Diharapkan dapat menjadi referensi pada mata kuliah mutu pelayanan kesehatan dan sistem pembiayaan kesehatan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk penelitian sejenis dengan variabel yang berbeda.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Daftar Penelitian Yang Sudah Pernah Dilakukan

| No | Judul Penelitian dan Penulis | Variabel | Jenis Penelitian | Hasil Penelitian |
|----|---|---|--------------------------|---|
| 1 | Gambaran Proses Klaim Covid-19 Orang dengan Gangguan Jiwa Ke Kementerian Kesehatan di RSJ Soeharto Heerdjan Tahun 2020-2021 | a. SOP Proses b. Klaim Covid-19 c. Proses Pelaksanaan Klaim Covid-19 d. Faktor yang Menghambat Proses Klaim Covid-19 | Deskriptif Kualitatif | a. Belum memiliki SOP terkait Proses Klaim Covid-19 b. Proses klaim covid-19 dimulai dari pasien selesai mendapatkan perawatan rawat inap, selanjutnya status diverifikasi oleh dokterverifikator, kemudian berkas dikirim ke bagian casemix untuk diverifikasi kelengkapan berkas klaim sampai berkas diajukan ke BPJS dan Kemenkes. c. Faktor penghambat proses klaim Covid-19 di |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | | | | antarnya: pengisian resume medis tidak lengkap, gangguan jaringan e-klaim serta ketidaksepahaman pihak RS dan pihak BPJS terkait isi rekam medis. |
| 2 | Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap (Gifari, M.T dan Ariyanti, F., 2019) | a. Kelengkapan Informasi Medis b. Ketepatan Diagnosis Utama c. Persetujuan Klaim BPJS | Deskriptif | a. 65,9% informasi medis lengkap. b. 87,6% diagnosis utama tepat c. 85,7% klaim BPJS disetujui |
| 3 | Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (Megawati, L dan Pratiwi, R.D, 2016) | a. Kelengkapan Berkas Persyaratan Klaim b. Hubungan Berkas Tidak Lengkap dengan Faktor Pengembalian Klaim | Analitik dengan pendekatan <i>case control</i> | a. Hasil analisis b. kelengkapan terdapat beberapa berkas syarat yang tidak lengkap yaitu laporan individual pasien 84% tidak lengkap, laporan penunjang 18% tidak lengkap dan fotocopy kartu BPJS 7% tidak lengkap. c. Ada hubungan berkas tidak lengkap tersebut dengan faktor pengembalian klaim yaitu yang memiliki, yaitu laporan individual pasien $2,491.10^{-11} < 0,05$ d. berarti H_0 ditolak dan laporan penunjang $0,0115 < 0,05$ berarti H_0 ditolak. |

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Kelengkapan Berkas Klaim

Menurut Petunjuk Teknis, Pedoman Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional kabupaten/kota BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum antara lain sebagai berikut:

1. Rekapitulasi pelayanan
2. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
 - a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - b. Surat perintah rawat inap
 - c. Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
 - d. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal:
 - 1) Laporan operasi
 - 2) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
 - 3) Perincian tagihan rumah sakit
 - 4) Karakterist (manual atau *automatic billing*)
 - 5) Berkas pendukung lain yang diperlukan

Adapun persyaratan klaim yang dipersyaratkan di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan, yaitu antara lain:

1. Rekapitulasi pelayanan
2. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
 - a. Kartu Identitas Pasien seperti: KTP, KK dan KITAS
 - b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

- c. Surat perintah rawat inap
- d. Hasil Penunjang Laboratorium; Surat Keterangan Ruang Perawatan yang ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit
- e. Hasil Penunjang Radiologi
- f. Nilai Skor *PANSS EC*
- g. Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- h. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal:
 - 1) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
 - 2) Perincian tagihan rumah sakit
 - 3) Karakterist (manual atau *automatic billing*)
 - 4) Berkas pendukung lain yang diperlukan
- i. Surat Keterangan Kematian (apabila meninggal)

B. Kelengkapan Pendokumentasian

Menurut Sudra (2013), kelengkapan pendokumentasian rekam medis meliputi :

1. Kelengkapan Lembaran Formulir

Kelengkapan lembaran formulir disesuaikan dengan kasus masing-masing pasien dan sesuai dengan peraturan dan kebijakan yang berlaku (Sudra, 2013).

2. Kelengkapan Identifikasi Pasien

Berkas Rekam Medis dikatakan memenuhi semua item identifikasi pasien, meliputi: nama pasien, No.RM, tanggal lahir, umur, jenis kelamin dan alamat (Sudra, 2013).

3. Pelaporan yang Dibutuhkan

Berkas Rekam Medis dikatakan memenuhi item review pelaporan, jika setiap hal yang diperoleh dari pasien dilaporkan (tercantum) dalam

rekam medisnya dan setiap pencatatan laporan harus mencantumkan tanggal dan jamnya (Sudra, 2013).

4. Autentikasi

Berkas Rekam Medis dikatakan memenuhi semua item review autentikasi, meliputi: tanda tangan dan nama lengkap disertai dengan gelar akademik (catatan: disesuaikan dengan jenis formulir rekam medis).

5. Teknik Pencatatan

Berkas Rekam Medis dikatakan memenuhi semua item teknik pencatatan, jika:

- a. Menggunakan tinta permanen.
- b. Warna tinta harus gelap dan kontras dengan warna kertas.
- c. Tulisan mudah dibaca.
- d. Jika menggunakan istilah, singkatan dan simbol harus baku, terdaftar dan terstandar.
- e. Jika terjadi salah tulis, dapat diperbaiki dengan cara mencoret satu/dua kali pada tulisan yang salah kemudian pada ujung coretan diberi paraf, tanggal/bulan/tahun diperbaiki dan tulisan yang benar ditulis diatas tulisan yang salah.
- f. Jika ada area kosong pada baris, kolom atau halaman rekam medis maka harus ditutup dengan cara coretan garis vertikal, horizontal, diagonal atau zig-zag.

C. PANSS EC

Menurut Obermejer et al (2011) *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS EC)* merupakan instrument penilaian yang paling penting untuk pasien gangguan jiwa berat/*skizofrenia* yang terdiri dari 30 item penilaian yang masing-masing dibagi dalam sub skala positif, negatif dan juga psikopatologi secara umum.

Skala *PANSS EC* digunakan oleh dokter yang telah terlatih untuk menilai brratnya masing-masing item dengan memberikan poin sebesar 1-7 pilihan untuk beratnya gejala. *PANSS EC* dapat menunjukkan reliabilitas internal yang

tinggi, validitas yang disusun dengan baik dan sensitivitas yang baik untuk perubahan gejala dalam jangka pendek maupun jangka panjang Obermejer et al (2011).

Menurut *PANSS EC* merupakan pengukuran yang sensitif dan spesifik dari manipulasi farmakologik pada gejala-gejala positif dan juga negatif dari skizofrenia. Validitas dari masing-masing sub skala dikonfirmasi dengan eksplorasi dari klasifikasi pasien berdasarkan kelas gejala dominan. Salah satu kekuatan *PANSS EC* adalah konsistensinya dalam skoring pasien secara individual sejalan dengan waktu dan juga perjalanan penyakit Obermejer et al (2011).

Komponen Monitor *PANSS EC* gaduh gelisah merupakan sub skala yang telah divalidasi dari *PANSS EC* yang digunakan untuk mengukur gejala-gejala agitasi, dan menilai 5 (lima) gejala, yaitu : buruknya kontrol terhadap impuls, ketegangan, permusuhan, ketidakkooperatifan dan gaduh gelisah. Masing-masing gejala dinilai oleh dokter pada skala 1-7. Dari perspektif klinis, *PANSS EC* adalah salah satu skala yang paling sederhana tetapi paling intuitif yang digunakan untuk menilai pasien gaduh gelisah (Obermejer et al, 2011).

Skala penilaian *PANSS EC* yang dinilai ialah dari 1 (tidak ada) sampai dengan 7 (sangat parah) dan skor berkisar antara 5-35. Adapun nilai rata-rata ≥ 20 klinis menunjukkan adanya agitasi akut. Apabila ditemukan hasil total skor 25-35 pada pengukuran *PANSS EC* gaduh gelisah pasien, maka pasien tersebut dapat dikategorikan dalam indikasi untuk dilakukan perawatan di rumah sakit (Obermejer et al, 2011).

1. Indikasi Penggunaan *PANSS EC*

Agitasi dan perilaku agresif biasanya merupakan satu rangkaian peristiwa yang berkelanjutan. Etiologinya bisa gangguan psikiatri atau gangguan organik lainnya. Bila kondisi pasien menyebabkan dokter sulit untuk menyingkirkan kemungkinan adanya gangguan organik, maka sebaiknya diasumsikan bahwa perilaku pasien disebabkan oleh gangguan organik. Agitasi dan perilaku agresif yang disebabkan oleh gangguan organik biasanya:

- a) Mempunyai onset akut atau subakut
- b) Biasanya pada pasien berusia tua
- c) Tanpa riwayat gangguan psikiatri sebelumnya
- d) Perjalanan penyakitnya fluktuatif
- e) Seringkali juga ditemukan gangguan kesadaran, disorientasi waktu dan tempat, perubahan parameter fisik
- f) Dapat disertai gangguan kognitif, waham, dan/atau halusinasi visual

Agitasi dan perilaku agresif karena gangguan psikiatri seringkali:

- a) Mempunyai onset akut atau subakut, tapi tidak disertai dengan perubahan tingkat kesadaran
- b) Seringkali ada riwayat gangguan psikiatri sebelumnya
- c) Perjalanan penyakitnya cenderung stabil progresif

Untuk melakukan penegakan diagnosis dengan baik, maka pasien perlu terlebih dahulu ditenangkan. Berikut adalah tanda dan gejala yang mengindikasikan adanya agitasi atau perilaku agresif:

1. Perubahan Perilaku

Tanda dan gejala perubahan perilaku yang mengindikasikan adanya agitasi atau perilaku agresif adalah sebagai berikut:

- a) Perilaku bermusuhan (kombatif)
- b) Perilaku yang tidak sesuai dengan lingkungan tanpa tujuan yang jelas
- c) Hiperaktivitas terhadap stimulus
- d) Ketidakmampuan untuk duduk diam atau tenang
- e) Gerak tubuh yang berlebihan
- f) Ekspresi wajah yang tegang atau marah
- g) Pandangan mata yang terkesan mengancam atau menentang
- h) Nada bicara yang tinggi, diam atau tidak mau menjawab pertanyaan
- i) Agresi

2. Perubahan Kognitif

Tanda dan gejala perubahan kognitif yang mengarah pada agitasi dan perilaku agresif adalah:

- a) Fluktuasi dalam hal tingkat kesadaran
- b) Gangguan orientasi waktu dan tempat
- c) Kecenderungan mengalami frustrasi
- d) Kesulitan dalam mengantisipasi konsekuensi dari perbuatannya
- e) Isi pikir yang berupa waham dan atau halusinasi

3. Perubahan Parameter Fisik

Perubahan parameter fisik berikut juga merupakan tanda dan gejala dari agitasi dan perilaku agresif:

- a) Demam
- b) Takikardi
- c) Takipnea
- d) Berkeringat secara berlebihan
- e) Tremor
- f) Tanda-tanda neurologis, seperti kesulitan berjalan

2. **Komponen dan Cara Penilaian PANSS EC**

Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component (PANSS EC) merupakan salah satu instrumen penilaian agresifitas dan agitasi yang sederhana dan mudah diaplikasikan. *PANSS EC* terdiri dari 5 item penilaian, yaitu gaduh gelisah, ketegangan, permusuhan, ketidakkooperatifan, dan pengendalian impuls yang buruk. Masing-masing item mempunyai skala penilaian berikut :

- a) 1 (tidak ditemukan)
- b) 2 (minimal, patologis diragukan)
- c) 3 (ringan)
- d) 4 (sedang)
- e) 5 (agak berat)
- f) 6 (berat)
- g) 7 (sangat berat)

Penilaian didasarkan atas observasi selama anamnesis dengan pasien dan atau berdasarkan laporan keluarga. Skor dari ke lima *item* kemudian dijumlahkan sehingga didapatkan rentang antara 5-35.

1) Gaduh Gelisah

Gaduh gelisah adalah hiperaktifitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimuli, waspada berlebihan, atau labilitas alam perasaan yang berlebihan. Poin ini dinilai dengan manifestasi perilaku selama anamnesis dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.

- a) Tidak ditemukan adanya gaduh gelisah
- b) Gaduh gelisah minimal, keadaan patologis diragukan
- c) Ringan: cenderung sedikit agitatif, waspada berlebihan, atau sedikit mudah terangsang selama anamnesis, tetapi tanpa episode gaduh gelisah yang jelas atau labilitas alam perasaan yang mencolok.
- d) Sedang: agitasi atau mudah terangsang yang jelas terbukti selama anamnesis, mempengaruhi pembicaraan dan mobilitas umum atau ledakan-ledakan episodik yang terjadi secara sporadik
- e) Agak berat: tampak hiperaktivitas yang bermakna, atau sering terjadi ledakan-ledakan atau aktivitas motorik yang menyebabkan kesulitan bagi pasien tetap duduk untuk waktu yang lebih lama dari beberapa menit dalam setiap kesempatan
- f) Berat: gaduh gelisah yang mencolok mendominasi anamnesis, membatasi perhatian, sedemikian rupa sehingga mempengaruhi fungsi sehari-hari, seperti makan dan tidur
- g) Sangat berat: gaduh gelisah yang mencolok, secara serius mempengaruhi kegiatan makan dan tidur, serta jelas tidak memungkinkan interaksi interpersonal, percepatan bicara, dan aktivitas motorik dapat menimbulkan inkoherensi dan kelelahan.

2) Ketegangan

Ketegangan didefinisikan sebagai manifestasi yang jelas tentang ketakutan, anxietas, dan agitasi, seperti kekakuan, tremor, keringat berlebihan, dan ketidaktenangan. Poin ini dinilai berdasarkan laporan lisan yang membuktikan adanya anxietas dan derajat keparahan. Manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama anamnesis.

- a) Tidak ditemukan adanya ketegangan
- b) Ketegangan minimal, keadaan patologis diragukan
- c) Ringan : postur dan gerakan-gerakan yang menunjukkan kekhawatiran ringan, ketidaktenangan yang sesekali timbul, perubahan posisi, dan tremor tangan yang halus dan cepat
- d) Sedang: suatu penampilan yang nyata-nyata gelisah yang terbukti dari adanya berbagai manifestasi, seperti perilaku tidak tenang, tremor tangan yang nyata, keringat berlebihan, dan manerisme karena gugup
- e) Agak berat: ketegangan yang berat yang dibuktikan oleh berbagai manifestasi, seperti gemetar karena gugup, keringat yang berlebihan, dan ketidaktenangan. Tetapi perilaku selama anamnesis tidak terpengaruh secara bermakna
- f) Berat: ketegangan berat sehingga interaksi interpersonal terganggu. Misalnya pasien terus menerus bergerak, tidak dapat tetap duduk untuk waktu yang lama, atau menunjukkan hiperventilasi
- g) Sangat berat: ketegangan yang sangat mencolok yang dimanifestasikan sebagai tanda-tanda panik atau percepatan gerakan motorik kasar, seperti langkah cepat yang gelisah dan ketidakmampuan untuk tetap duduk tenang dalam waktu lebih lama dari satu menit, sehingga anamnesis tidak bisa dilanjutkan.

3) Permusuhan

Permusuhan didefinisikan sebagai ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif agresif, caci maki, dan penyerangan. Poin dinilai berdasarkan perilaku interpersonal yang diamati selama anamnesis dan laporan oleh perawat atau keluarga.

- a) Tidak ditemukan adanya permusuhan
- b) Permusuhan minimal, keadaan patologis diragukan
- c) Ringan: melampiaskan kemarahan secara tidak langsung atau ditahan, seperti sarkasme, sikap tidak sopan, ekspresi bermusuhan, dan kadang-kadang iritabilitas
- d) Sedang: adanya sikap bermusuhan yang nyata, sering memperlihatkan iritabilitas, dan ekspresi kemarahan atau kebencian yang langsung
- e) Agak berat: pasien sangat mudah marah dan kadang-kadang memaki dengan kata-kata kasar atau mengancam
- f) Berat: tidak kooperatif dan mencaci maki dengan kasar atau mengancam, khususnya dalam upaya mempengaruhi pemeriksa, dan berdampak serius terhadap hubungan sosial. Pasien dapat beringas dan merusak tapi tidak menyerang orang lain secara fisik
- g) Sangat berat: kemarahan yang hebat yang mengakibatkan subyek sangat tidak kooperatif, menghalangi interaksi, atau secara episodik melakukan penyerangan fisik terhadap orang lain

4) Tidak Kooperatif

Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pemeriksa, staf rumah sakit atau keluarga yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas, atau membangkang. Dinilai melalui perilaku interpersonal yang diobservasi selama anamnesis dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.

- a) Tidak ditemukan adanya ketidakkooperatifan
 - b) Tidak kooperatif minimal, keadaan patologis diragukan
 - c) Ringan: patuh tapi disertai sikap marah, tidak sabar, atau sarkasme, mungkin ada penolakan yang tidak mengganggu penyelidikan terhadap masalah-masalah sensitif selama anamnesis
 - d) Sedang: kadang-kadang terdapat penolakan langsung untuk patuh terhadap tuntutan sosial yang normal, seperti merapikan tempat tidur atau mengikuti kegiatan sesuai jadwal. Pasien mungkin memproyeksikan hostilitas, defensif, atau bersifat negatif, tetapi biasanya masih dapat diatasi
 - e) Agak berat: pasien seringkali tidak patuh terhadap tuntutan lingkungan dan mungkin sering disebut sebagai orang yang mempunyai masalah sikap yang serius. Ketidakkooperatifan tercermin jelas dalam sikap defensif atau iritabilitas terhadap pemeriksa dan mungkin tidak bersedia menghadapi banyak pertanyaan
 - f) Berat: pasien sangat tidak kooperatif, negativistik, dan mungkin membangkang. Menolak untuk patuh terhadap sebagian besar tuntutan sosial dan mungkin tidak mau memulai atau mengikuti anamnesis sepenuhnya
 - g) Sangat berat: resistensi aktif yang jelas berdampak serius terhadap hampir seluruh fungsi. Pasien mungkin menolak untuk ikut berpartisipasi dalam aktivitas sosial apapun, mengurus kebersihan diri, bercakap-cakap dengan keluarga, dan bahkan untuk berpartisipasi dalam anamnesis yang singkat sekalipun
- 5) Pengendalian Impuls yang Buruk

Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba tidak teratur, sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dinilai berdasarkan perilaku selama anamnesis dan yang dilaporkan perawat atau keluarga.

- a) Tidak ditemukan adanya pengendalian impuls yang buruk
- b) Minimal, patologis diragukan
- c) Ringan: pasien cenderung mudah marah dan frustrasi bila menghadapi stress atau pemuasannya ditolak, tapi jarang bertindak impulsif
- d) Sedang: dengan provokasi minimal, pasien menjadi marah dan mencaci maki. Mungkin sesekali mengancam, merusak, atau terdapat satu-dua episode yang melibatkan konfrontasi fisik atau perselisihan ringan
- e) Agak berat: pasien memperlihatkan episode impulsif yang berulang-ulang termasuk mencaci maki, merusak harta benda, atau ancaman fisik. Mungkin ada satu atau dua episode yang melibatkan serangan serius sehingga pasien perlu diisolasi, difiksasi, atau bila perlu diberikan sedasi
- f) Berat: pasien sering menunjukkan agresifitas secara impulsif, mengancam, menuntut, dan merusak, tanpa mempertimbangkan konsekuensinya. Menunjukkan perilaku menyerang dan mungkin juga serangan seksual, atau berperilaku yang merupakan respon terhadap perintah yang bersifat halusinasi
- g) Sangat berat: pasien memperlihatkan serangan yang nyata mengancam keselamatan orang, penyerangan seksual, perilaku brutal yang berulang, atau perilaku menyakiti diri sendiri.

3. Interpretasi *PANSS EC*

Setelah dilakukan penilaian untuk skor masing-masing item penilaian selama anamnesis, skor dari ke lima item penilaian dijumlahkan. Interpretasi skor *PANSS EC* di Indonesia masih berbeda-beda pada setiap pusat layanan kesehatan, namun secara garis besar *guideline* yang digunakan sebagai berikut:

a. Skor $\geq 10 - 14$

Skor *PANSS EC* $\geq 10 - 14$ dan salah satu atau lebih komponen mempunyai skor ≥ 4 , maka ini adalah indikasi untuk dilakukan intervensi medis

- 1) Dilakukan de-eskalasi melalui persuasi verbal. Bila de-eskalasi gagal menenangkan pasien, maka pertimbangkan pemberian antipsikotik oral (haloperidol 0,5 mg) atau benzodiazepine oral (lorazepam 0,5 mg)
- 2) Observasi 30 menit (dewasa) atau 15 menit (anak dan remaja). Apabila tidak ada perbaikan/terjadi peningkatan gejala, maka lakukan tindakan sesuai skor saat itu.

b. Skor $\geq 15-19$

Skor *PANSS EC* $\geq 15-19$ dan salah satu atau lebih komponen mempunyai skor ≥ 5 atau risiko menyakiti diri sendiri atau orang lain, maka ini adalah indikasi untuk rawat inap.

- 1) Dilakukan *chemical restriction* dengan injeksi haloperidol i.m. 5 mg untuk dewasa
 - a) Untuk anak dan remaja usia ≤ 12 tahun diberikan 0,025-0,075 mg/kgBB/kali (maksimal 2,5 mg/kali) dan usia ≥ 12 tahun diberikan dosis 2,5 – 5 mg per kali
 - b) Observasi selama 30 menit, injeksi boleh diulang tiap 30 menit sampai tercapai dosis maksimal 30 mg
- 2) Pilihan lainnya adalah injeksi olanzapine i.m. 10 mg untuk dewasa dan 2,5 -5 mg untuk anak dan remaja
 - a) Observasi selama 2 jam, injeksi dapat diulang sampai dosis maksimal 30 mg (dewasa) dan 10 mg (anak dan remaja)
- 3) Evaluasi apabila terjadi peningkatan skor dan monitoring efek samping obat (anak dan remaja lebih mudah mengalami *extra pyramidal syndrome*)

c. Skor ≥ 20

Skor *PANSS EC* ≥ 20 dan salah satu atau lebih komponen mempunyai skor ≥ 5 adalah Indikasi untuk seklusi.

a) Diberikan injeksi kombinasi dari haloperidol 5 mg i.m dan diazepam 5 mg i.v. Untuk anak dan remaja, dosis diazepam adalah 0,1 mg/kgBB/kali

- 1) Dapat diulang sampai dosis maksimal diazepam 20 mg
- 2) Dosis maksimal diazepam per kali pemberian adalah 10 mg
- 3) Evaluasi apabila terjadi peningkatan skor dan monitoring efek samping obat (penurunan kesadaran atau distress pernafasan)

b) Bila agitasi masih belum bisa dikendalikan, maka pertimbangkan untuk *restraint*

- 1) Evaluasi adanya luka atau cedera pada area yang akan diikat
- 2) Pilih bahan pengikat yang aman dan nyaman dari kain katun
- 3) Pengikatan sebaiknya dilakukan oleh beberapa orang, dimana ada yang bertugas memegang kepala dan masing-masing ekstremitas
- 4) Pengikatan dilakukan di tengah tempat tidur, dengan posisi kaki lurus, satu tangan di samping badan dan tangan yang lain di atas kepala
- 5) Ikatan sebaiknya tidak terlalu kencang dan tidak terlalu longgar, dan berikan bantal di kepala
- 6) Lakukan monitoring setiap 15 menit

D. Diagnosis

1. Pengertian Diagnosis

Diagnosis adalah hasil dari evaluasi yang mencerminkan temuan. Evaluasi disini berarti upaya yang dilakukan untuk menegakkan atau mengetahui jenis penyakit yang diderita oleh seseorang atau masalah kesehatan yang dialami oleh masyarakat (Putriani, 2014).

2. Pembagian Diagnosis

a. Diagnosis Utama

Menurut Putriani (2014) diagnosis utama adalah suatu diagnosis atau kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien yang memperoleh perawatan atau pemeriksaan yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya. Pengkodean morbiditas sangat bergantung pada diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yang merawat pasien atau yang bertanggung jawab menetapkan kondisi utama pasien, yang akan dijadikan dasar pengukuran statistik morbiditas.

Batasan diagnosis utama adalah

- 1) Diagnosis yang ditentukan setelah cermat dikaji
- 2) Menjadi alasan untuk dirawat
- 3) Menjadi fakta arahan atau pengobatan

b. Diagnosis Sekunder

Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan (Putriani, 2014).

c. Komorbiditas

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan atau asuhan khusus setelah masuk dan dirawat (Hatta, 2013).

d. Komplikasi

Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang

disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien (Hatta, 2013).

E. Konsep Pengkodean

1. Definisi Koding

Menurut Budi (2011), kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam koding meliputi kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan pengkodean tindakan medis. Tenaga medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode.

Ketepatan kode diagnosa merupakan penulisan kode diagnosa penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Bila kode mempunyai 3 karakter dapat diasumsikan bahwa kategori tidak dibagi. Sering kali bila kategori dibagi, kode nomor pada indeks akan memberikan 4 karakter. Suatu dash pada posisi ke-4 (mis. A09.-) mempunyai arti bahwa kategori telah dibagi dan karakter ke-4 yang dapat ditemukan dengan merujuk ke daftar tabular. Sistem dagger (†) dan asterisk (*) mempunyai aplikasi pada istilah yang akan diberi dua kode (WHO, 2010).

Kode adalah tanda (kata-kata, tulisan) yang disepakati untuk maksud tertentu (untuk menjamin kerahasiaan berita pemerintah, dsb) kumpulan peraturan yang bersistem, kumpulan prinsip yang bersistem (KBBI, 2008). Adapun sistem pengkodean yang digunakan di Indonesia adalah ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision*) yaitu tentang klasifikasi statistik internasional tentang penyakit dan masalah kesehatan berisi pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit (WHO, 2010).

Terincinya kode klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam menetapkan suatu kode.

Dalam buku ICD-10 volume 2 dijelaskan bahwa penentuan subkategori atau karakter ke-4 digunakan untuk mengidentifikasi, misalnya lokasi atau variasi tempat yang berbeda apabila subkategori atau karakter ke-3 nya menunjukkan satu jenis penyakit atau untuk penyakit individu jika kategori karakter ke-3 nya merupakan kelompok kondisi penyakit.

Kode karakter ke-4 pada ICD-10 merupakan kode tambahan. Sesuai dengan aturan yang ada di dalam ICD-10 kode tambahan wajib dicantumkan pada diagnosa utama. Dengan adanya karakter ke-4 akan menghasilkan kode yang spesifik dan akurat. Keakuratan pemberian kode diagnosa merupakan hal yang penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis. Karakter ke-4 .9 digunakan untuk menyampaikan kondisi yang belum jelas atau untuk menyampaikan kondisi pada karakter ke-3 tanpa adanya informasi tambahan. Ketidakakuratan pengukuran pada masalah ini dapat mempengaruhi indeks pencatatan penyakit, pelaporan morbiditas dan mortalitas, pembiayaan klinis.

2. Fungsi dan kegunaan koding

Koding merupakan fungsi yang cukup penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk me-retrieve informasi guna kepentingan asuhan pasien, penelitian, peningkatan performansi pelayanan, perencanaan dan manajemen sumber daya, serta untuk mendapatkan *reimbursement* (pembayaran kembali) yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan. Sistem pembayaran yang ada saat ini sangat bergantung pada data kode untuk menentukan jumlah pembayaran kembali, dan juga memastikan *medical necessity* dari suatu pelayanan kesehatan (Sudra, 2013).

3. Langkah-Langkah Koding

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*:

- a. Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat di buku ICD volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya adalah penyakit atau

cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 21 (*Section I Volume 3*). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (*Section II Volume 3*).

- b. Tentukan *Lead Term*. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau dimasukkan dalam index sebagai *Lead Term*.
- c. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
- d. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
- e. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang ("*see*" dan "*see also*") yang ditemukan dalam index.
- f. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume 1. Untuk Kategori 3 karakter dengan .- (*point dash*) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada Volume 1 karena tidak terdapat dalam Index.
- g. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.
- h. Tentukan kode.

4. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding

a. Tenaga Medis

Tenaga medis (dokter) sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data dokumentasi, khususnya data klinik, yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan dikode oleh petugas koding di bagian rekam medis.

Ketidakkuratan kode diagnosis dipengaruhi oleh tulisan dokter yang kurang jelas, ini menyebabkan petugas *coding* sulit membaca

diagnosis yang mengakibatkan kode diagnosis menjadi tidak akurat Maryati & Sari (2019).

b. Petugas Koding

Kunci utama dalam pelaksanaan koding adalah koder atau petugas koding. Akurasi koding (penentuan kode) merupakan tanggung jawab tenaga rekam medis, khususnya tenaga koding. Kurangnya tenaga pelaksana rekam medis khususnya tenaga koding baik dari segi kualitas maupun kuantitas merupakan faktor terbesar dari penyelenggaraan rekam medis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Kualitas petugas koding dapat dilihat dari latar belakang pendidikan, pengalaman kerja dan pelatihan terkait yang pernah diikuti.

Menurut Maryati & Sari (2019) seorang petugas *coding* sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh seorang dokter. Ketidakakuratan kode diagnosis dipengaruhi karena petugas *coding* kurang teliti dalam memberikan kode. Ketidaktelitian dalam memberikan kode diagnosis dapat dibagi menjadi beberapa faktor, yaitu:

- 1) Kurang teliti dalam pemberian kode diagnosis.
- 2) Petugas *coder* dalam memberikan kode penyakit hanya melihat pada lembar masuk keluar saja, seharusnya petugas koding dalam memberikan kode penyakit harus melihat lembar rekam medis lainnya seperti lembar anamnesis, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang untuk menghasilkan diagnosis akhir yang tepat sehingga kode yang dihasilkan akurat.
- 3) Petugas *coding* menggunakan buku pintar dalam proses pengkodean yang menyebabkan kode yang dihasilkan tidak akurat sesuai dengan ICD-10.

c. Tenaga Kesehatan Lainnya

Menurut Maryati & Sari (2019) tenaga kesehatan lainnya yang mempengaruhi dalam penetapan kode diagnosis yang akurat adalah petugas laboratorium terkadang tidak menabahkan hasil laboratorium pada dokumen rekam medis, sehingga petugas coding tidak bisa melihat hasil laboratorium pada WBC/angka leukositnya untuk melihat apakah terinfeksi atau non-infeksi.

d. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Menurut Sudra (2013), ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis, yang mencerminkan pula mutu pelayanan di rumah sakit. Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya. Dalam menilai kelengkapan dokumen, petugas rekam medis dapat berpegang pada pedoman pencatatan rekam medis, diantaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Semua diagnosis, baik diagnosis utama, diagnosis lain, komplikasi, maupun tindakan operasi ditulis dengan lengkap dan benar pada Lembaran Masuk dan Keluar (Lembar RM 1), sesuai dengan temuan dan penanganan yang telah dilakukan oleh tenaga medis. Terakhir, dokter harus mencantumkan tanggal dan tanda tangannya pada lembar tersebut sebagai bukti pertanggungjawabannya terhadap pasien yang bersangkutan.
- 2) Laporan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan resume dalam keadaan lengkap dan berisi semua data penemuan baik yang positif maupun negatif, dan telah ditandatangani dan diberi tanggal oleh dokter penanggung jawab pasien.
- 3) Catatan kemajuan/perkembangan dibuat sesuai keadaan pasien, dan dapat memberikan gambaran kronologis dan analisis klinis keadaan pasien.
- 4) Hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lain seperti *X-ray photo*, *CT Scan*, ataupun *USG* dicatat dan dicantumkan tanggal pemeriksaan, serta ditandatangani oleh pemeriksa.

5) Semua tindakan pengobatan medik ataupun tindakan operasi dan tindakan lain harus mencantumkan tanggal pelaksanaannya serta ditandatangani oleh dokter yang melakukan.

6) Resume telah ditulis pada saat pasien pulang

Resume harus berisi ringkasan tentang penemuan-penemuan dan kejadian penting selama pasien dirawat, keadaan waktu pulang, saran dan rencana pengobatan selanjutnya. Sebelum melakukan pengkodean diagnosis penyakit, koder diharuskan mengkaji data pasien dalam lembar-lembar rekam medis tersebut di atas untuk memastikan rincian diagnosis yang dimaksud, sehingga penentuan kode penyakit dapat mewakili atau menggambarkan masalah dan pengelolaan pasien pada episode rawat tersebut secara utuh dan lengkap, sebagaimana aturan yang digariskan dalam ICD-10.

Dalam implementasi sistem pembayaran prospektif berbasis *casemix* atau DRG, koding menjadi salah satu komponen penting yang berdampak hebat terhadap pendapatan rumah sakit. Keakurasian dan kelengkapan koding menentukan besaran klaim yang akan dibayarkan oleh asuransi kesehatan/asuransi sosial. Ketidakakuratan atau ketidaklengkapan koding berarti defisiensi pendapatan rumah sakit.

e. **Kebijakan**

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Isi rekam medis merupakan dokumen resmi mencatat seluruh proses pelayanan medis di rumah sakit, dan sangat bermanfaat antara lain bagi aspek administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dokumentasi, perencanaan serta pemanfaatan sumber daya. Agar dapat tercipta keseragaman dan persamaan pengertian rekam medis di rumah sakit yang sesuai dengan Permenkes No 269/ Menkes/Per/III/ 2008, maka perlu adanya suatu pedoman pengelolaan rekam medis di rumah sakit yang dituangkan dalam suatu kebijakan rumah sakit. Kebijakan rumah sakit yang dituangkan dalam bentuk SK Direktur, Protap (Prosedur Tetap) atau SOP akan

mengikat dan mewajibkan semua petugas di rumah sakit yang terlibat dalam pengisian lembar-lembar rekam medis untuk melaksanakannya sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku.

f. **Sarana/Prasarana** sesuai dengan standar pelayanan rekam medis, maka fasilitas dan peralatan yang cukup harus disediakan guna tercapainya pelayanan yang efisien. Dalam Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, yang termasuk sarana dan prasarana adalah:

- 1) Peraturan
- 2) ATK
- 3) Komputer & Printer
- 4) Daftar Tabulasi Dasar (DTD)
- 5) Formulir Rekam Medis (RL)
- 6) Buku ICD Seiring dengan perkembangan zaman yang semakin canggih, saat ini dikenal alat bantu koding yang disebut *Computer- Assisted Coding* (CAC).

F. Pengajuan Klaim BPJS

1. Definisi

Klaim asuransi kesehatan adalah sebuah permintaan yang dibuat oleh pelayanan kesehatan yang ditunjuk untuk perusahaan asuransi untuk meminta bayaran atas tindakan yang sudah dilakukan terhadap peserta asuransi mereka (Pitaloka, S & Ningsih, N. 2021).

Proses administrasi klaim dalam JKN menggunakan INA-CBG's. Administrasi klaim INA-CBG's adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh rumah sakit dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Ketentuan yang berkaitan dengan proses klaim, adalah:

- a. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi tidak perlu diajukan klaim oleh BPJS Kesehatan.

- b. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor BPJS Kesehatan.
- c. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.
- d. Kadaluarsa klaim; Klaim kolektif fasilitas kesehatan, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 tahun. Diatur ulang dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan bahwa kadaluarsa klaim menjadi 6 bulan.
- e. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS-Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:
 - 1) Formulir pengajuan klaim rangkap tiga
 - 2) Kwitansi asli bermaterai cukup
 - 3) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
 - a) SEP, Surat perintah rawat inap
 - b) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
 - c) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP, misal: laporan operasi, protokol terapi dan jadwal pemberian obat khusus, atau perincian tagihan rumah sakit.

Kelengkapan persyaratan klaim BPJS penting diperhatikan agar klaim yang diajukan dapat lolos verifikasi. Oleh sebab itu diperlukan analisis kualitatif dan kuantitatif sebelum berkas diajukan ke BPJS- Kesehatan.

2. Tahapan Pengklaiman

Proses pengklaiman mempunyai beberapa tahapan pengklaiman yang dimulai dari unit pelayanan fungsional/instalasi pelayanan ke unit rekam medis dan selanjutnya diproses oleh petugas koding kemudian diteruskan kepada verifikator independen untuk diverifikasi, apabila terjadi

ketidaklengkapan berkas klaim maka akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi. Tahapan-tahapan tersebutlah yang dilalui, sehingga perlu waktu, dan kemampuan petugas dalam melaksanakan tahapan-tahapan proses klaim. Berkas klaim yang tidak lengkap akan berdampak pada jumlah berkas klaim yang disetujui dan tidak disetujui juga kelancaran dalam hal pengklaiman biaya (Gifari, M.T dan Ariyanti, F. 2019).

G. Verifikasi Klaim BPJS

Menurut Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim dan Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan Tahun 2014, dalam verifikasi klaim terdapat beberapa tahapan. Tahapan proses verifikasi klaim, yaitu:

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Pada tahap ini verifikasi mengidentifikasi kesesuaian berkas klaim, yaitu antara Surat Elegibitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang telah *diinput* dalam aplikasi INA CBG's beserta berkas pendukung lainnya.

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Pada tahap ini hal-hal yang akan dilakukan adalah:

- a. Dilakukan pencocokan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan.
- b. Berkas akan dikembalikan apabila terjadi ketidak sesuaian kelengkapan dan keabsahan berkas.
- c. Kesesuaian tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis berdasarkan ketetapan direktur rumah sakit secara tertulis.

3. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Tahap ini verifikasi wajib memastikan bahwa diagnosis dan prosedur pada tagihan sesuai dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM. Beberapa ketentuan yang harus diperhatikan antara lain bahwa:

- a. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi

antara pasien dan dokter dengan pemeriksaan penunjang (sesuai indikasi medis) dan pemberian obat yang dilakukan pada hari pelayanan yang sama. Jika pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama, maka tidak dihitung sebagai episode baru.

- b. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari, dan pelayanan bedah sehari termasuk dalam pelayanan rawat jalan.
- c. Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan terhadap pasien yang mendapatkan perawatan lebih dari 6 (enam) jam di rumah sakit. Dapat dikatakan pula jika pasien telah mendapatkan pelayanan rawat inap berupa bangsal, ruang rawat inap, atau ruang perawatan intensif walaupun kurang dari 6 (enam) jam, akan tetapi pasien tersebut sudah dihitung sebagai pasien rawat inap.
- d. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai tindak lanjut dari rawat jalan atau gawat darurat, maka termasuk kedalam satu episode rawat inap dan pelayanan sebelumnya dari rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk di dalam satu episode rawat inap tersebut.
- e. Untuk kasus-kasus spesial, misalnya CMG's, harus dilihat bukti-bukti pendukungnya.
- f. Pada bayi baru lahir, ia tidak memiliki kode diagnosis penyakit hanya diberikan kode bahwa ia hidup di lokasi persalinan, tunggal, atau multipel.
- g. Pasien kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti sebelumnya, maka digunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan diagnosis sekunder untuk kondisi penyakitnya.
- h. Jika ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang mempunyai keterikatan, maka dapat menggunakan satu kode dalam ICD 10.
- i. Diagnosis yang seharusnya di kode menjadi satu, namun dilakukan kode terpisah.

4. Verifikasi Menggunakan *Software* INACBG's

Hal yang akan dilakukan pada tahap ini adalah:

- a. Purifikasi data, yaitu melakukan validasi *output* data penagihan oleh

rumah sakit pada aplikasi INACBG's terhadap data penerbitan SEP, meliputi No.SEP, nomor kartu peserta, dan tanggal SEP.

- b. Memproses verifikasi administrasi, yaitu melihat kecocokan lembar kerja tagihan terhadap bukti pendukung dan hasil *entry* data dari rumah sakit.
- c. Melihat status klaim yang layak, tidak layak, dan *pending* secara administrasi.
- d. Verifikasi lanjutan, yaitu melakukan verifikasi terhadap *double* klaim RITL maupun RJTL, verifikasi kode INACBG's yang berpotensi salah, verifikasi kode diagnosa yang tidak sesuai, serta pemeriksaan bebas.
- e. Finalisasi klaim.
- f. Melihat status klaim *pending*.
- g. Memberikan umpan balik pelayanan yaitu mencetak Formulir Persetujuan Klaim (FPK) dan lampiran klaim.
- h. Mengirim klaim *file*.

Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu di verifikasi BPJS Kesehatan tujuannya adalah menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Ketentuan mengenai verifikasi klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan diatur lebih lanjut dalam Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang diterbitkan BPJS Kesehatan. Bagi fasilitas kesehatan yang menggunakan sistem INA-CBG's dalam pengajuan klaim untuk pembayaran pelayanan kesehatan baik pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, klaim diajukan setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya dan BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap (Permenkes Nomor 28 Tahun 2014).

H. Pengembalian Klaim BPJS

1. Alur Pengembalian Klaim BPJS

Menurut Surat Edaran Pelayanan BPJS Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 Tantang Penatalaksanaan Penyelesaian *Dispute* Klaim Dalam penyelenggaraan JKN mengatakan alur pihak BPJS memberi informasi kepada pihak pelayanan kesehatan klaim yang tidak valid, berkas dikirim lagi ke pihak pelayanan kesehatan untuk diperbaiki kesalahan misalnya salah dalam penulisan diagnosa, pihak BPJS memberitahu kepada pihak pelayanan kesehatan untuk diperbaiki kesalahan pada diagnosa, lalu pihak pelayanan puskesmas memperbaiki dan mengirimkan ulang kepada pihak BPJS untuk diklaim kembali.

2. Jenis-Jenis *Dispute*

a. *Dispute* Klaim

Klaim atas pelayanan kesehatan yang belum dapat disetujui pembayarannya oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atas klaim tersebut berdasarkan berita acara pengajuan klaim.

b. *Dispute* Koding

Dispute atas klaim pelayanan kesehatan karena adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKRTL) terkait tata koding INA-CBG.

c. *Dispute* Medis

Dispute atas klaim pelayanan kesehatan karena adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan FKRTL terkait masalah medis (*medical advice*) yang tidak sesuai dengan Panduan Praktik Klinik (PPK) atau belum adanya PPK.

d. *Dispute* Administrasi

Dispute atas klaim pelayanan kesehatan karena adanya ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKRTL) terkait administrasi klaim.

Tabel 2.1 Penatalaksanaan Penyelesaian Dispute Klaim dalam Penyelenggaraan JKN

| Jenis <i>Dispute</i> | Kantor Cabang (waktu/hari kerja) | Divisi Regional (waktu/hari kerja) | Kantor Pusat (waktu/hari kerja) |
|-----------------------------|---|---|--|
| <i>Dispute</i> Koding | 5 hari | 5 hari | 14 hari |
| <i>Dispute</i> Medis | 14 hari | 14 hari | 21 hari |

3. Upaya Penyelesaian *Dispute* Klaim

Pertemuan antara Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan Perhimpunan/Organisasi Profesi Dokter Spesialis terkait :

1. Surat Edaran Sekjen Kemenkes Tentang Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG Nomor HK 03.03/X/1185/2015 berisi penyelesaian 36 kasus pending klaim
2. Surat Edaran Menkes Nomor. HK.03.03/Menkes/63/2016 Tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional berisi penyelesaian 58 kasus pending klaim
3. Surat Edaran Menkes Nomor. HK.03.03/Menkes/518/2016 Tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA CBG dalam
4. Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional berisi penyelesaian 74 kasus pending klaim
5. Berita Acara Kesepakatan Bersama Penyelesaian Dispute Klaim No. 401/BA/2017 dan No. KS.02.02/3/1201/2017 9 kasus medis dan 18 kasus koding
6. Surat Edaran BPJS Kesehatan tentang Penyelesaian Klaim INA-CBG Berdasarkan Temuan SPI Tahun 2016 Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG No. JP.02.03/3/1906/2017 dan No. 780/BA/1217 ◊ 165 kasus koding, 10 kasus medis, dan 7 kasus administras
7. Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG Tahun 2018 No. JP.02.03/3/2411/2018 dan No. 620/BA/1118 ◊ 208 kasus koding, 63 kasus medis, dan 10 kasus

administrasi

Adapun penyelesaian *dispute* klaim BPJS adalah sebagai berikut:

1. Merupakan keputusan bersama yang disepakati oleh Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan Perhimpunan Profesi Dokter Spesialis terkait.
2. Menjadi acuan dalam menyelesaikan permasalahan klaim INA-CBG yang pembayarannya masih tertunda (*pending*) dan dalam proses verifikasi
3. Penyelesaian terhadap masing-masing jenis permasalahan tidak dapat diberlakukan ataupun disetarakan untuk permasalahan klaim yang tidak sesuai dengan tabel diagnosis dan atau prosedur pada lampiran berita acara.
4. Apabila terdapat permasalahan klaim diluar yang tercantum dalam Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG ini atau permasalahan klaim serupa dikemudian hari agar ditindaklanjuti sesuai Surat Edaran Nomor 51 Tahun 2016 tentang Penatalaksanaan Penyelesaian Dispute Klaim dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

I. Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) BPJS

1. Definisi

Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) merupakan tim bersifat independen, dimana anggotanya terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi dan pakar klinis yang dibentuk oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan amanat Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang SJSN Pasal 24, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang JKN Pasal 38 (Sanjaya, Sulisty, & Hendrartini, 2019).

Menurut Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (2016), TKMKB adalah representasi dari organisasi profesi, akademisi, dan pakar dalam

bidang yang komprehensif, termasuk klinis, manajerial, hukum kesehatan kedokteran dimana luaran rekomendasi objektif dan berbasis data dari TKMKB eskalatif mampu menjadi jembatan yang efektif dan efisien dalam persoalan mutu layanan dan pembiayaan.

2. Tugas, Peran dan Fungsi

Adapun tugas, peran dan fungsi TKMKB menurut BPJS Kesehatan Tahun 20221 adalah:

- a. Menjembatani kepentingan regulasi dari berbagai pemangku kepentingan/*stakeholder*, termasuk Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Organisasi Profesi, dan Pemerintah Daerah.
- b. Memberikan *second opinion* dan rekomendasi kebijakan pelaksanaan *utilization review* dan penyelesaian klaim dispute kepada BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan.
- c. Menghasilkan rekomendasi kebijakan kendali mutu kendali biaya yang sesuai dengan kapasitas dan kapabilitas daerah dan secara periodik mengadakan pertemuan rutin setiap 6 bulan sekali dan jika dibutuhkan dapat melaksanakan pertemuan insidental sewaktu-waktu (Bachtiar, 2017).
- d. Dapat mengundang *ad hoc* apabila terdapat kasus yang membutuhkan penyelesaian dan rekomendasi dari tim ahli terkait (Pedoman Organisasi dan Tata Laksana Kerja TKMKB Tahun 2020).

Untuk itulah diperlukan peranan, kolaborasi dan dukungan dari TKMKB dalam memberikan *second opinion* dan rekomendasi kebijakan pelaksanaan *Utilization Review* dan penyelesaian klaim dispute kepada BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2021a).

Selain itu, juga dapat memberikan rekomendasi, mengadvokasi dan menggerakkan Pemerintah Daerah setempat dalam upaya mengintegrasikan mutu dan biaya pelayanan kesehatan sehingga program JKN ini dapat berjalan dengan baik dan optimal yang selaras dengan Fokus Utama BPJS Kesehatan Tahun 2022.

J. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian tinjauan teoritis, maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:

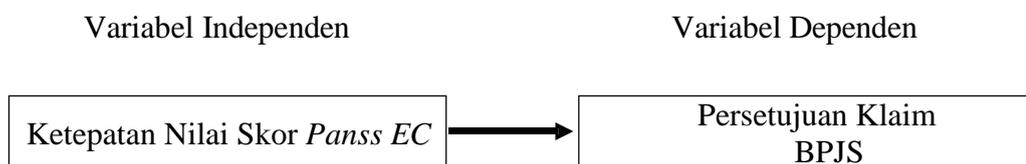


Keterangan: tanda **bold** merupakan variabel yang akan diteliti Sumber: Hatta (2013), Sudra (2013), WHO (2010)

Gambar 2.1
Kerangka Teori

K. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori di atas, maka dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 2.1
Kerangka Konsep

L. Hipotesis

1. Hipotesis Nihil (H_0)

H_0 : Tidak ada hubungan antara ketepatan nilai skor *PANSS EC* terhadap persetujuan berkas klaim BPJS kasus *skizofrenia* rawat inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu.

2. Hipotesis Kerja (H_1)

H_1 : Ada hubungan antara ketepatan nilai skor *PANSS EC* terhadap persetujuan berkas klaim BPJS kasus *skizofrenia* rawat inap di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu

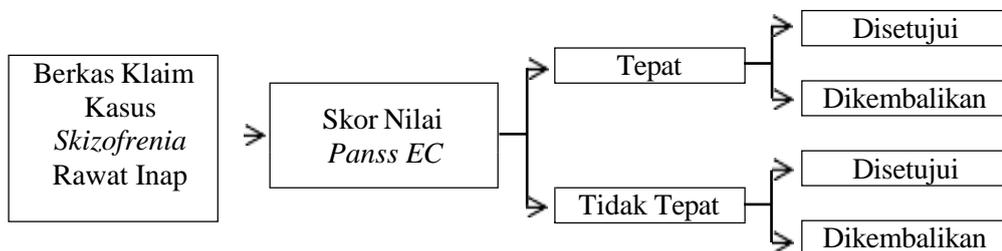
BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasional dengan rancangan analitik kuantitatif.

2. Rancangan Penelitian



Gambar 3.1 Rancangan Penelitian

B. Subyek Penelitian

1. Populasi

Menurut Sugiyono (2015) populasi adalah sekelompok subyek atau obyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti dengan karakteristik tertentu. Populasi dari penelitian ini adalah pengajuan pertama berkas klaim kasus-kasus rawat inap Triwulan I dan II Tahun 2023 ke BPJS oleh RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu sebanyak 1.422 berkas.

2. Sampel

Menurut Sugiyono (2015) sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{1.422}{1 + 1.422(0,1^2)}$$

$$\begin{aligned}
n &= \frac{1.422}{1 + 1.422 (0,01)} \\
&= \frac{1.422}{1 + 14,22} \\
&= \frac{1.422}{15,2} \\
&= 93
\end{aligned}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat keakurasian atau kepercayaan 10% (0,1)

Jadi, sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 93 berkas klaim kasus jiwa rawat inap Triwulan I dan II Tahun 2023 yang diajukan ke BPJS oleh RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu.

C. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *simple random sampling* yaitu teknik undian dengan cara menulis nomor rekam medis atau nomor BPJS pasien kasus jiwa rawat inap di dalam kertas yang digulung, kemudian diguncang dan diambil satu per-satu kertas gulungan tersebut.

D. Definisi Operasional

Definisi Operasional pada penelitian merupakan unsur penelitian yang terkait dengan variabel yang terdapat dalam judul penelitian atau tercakup dalam paradigma penelitian sesuai dengan hasil perumusan masalah. Teori ini dipergunakan sebagai landasan atau alasan mengapa suatu yang bersangkutan memang bisa mempengaruhi variabel.

Table 3.1 Definisi Operasional

| Variabel | Pengertian | Alat Ukur | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
|--|--|-------------------------|------------------------------------|--|------------|
| Ketepatan Nilai Skor PANSS EC | Nilai yang berfungsi untuk mengevaluasi pasien jiwa dengan prilaku agresif atau Agitasi | Lembar <i>Checklist</i> | Observasi dan Melihat Berkas Klaim | 1 = Tepat (Jika total nilai skor ≥ 20) 0 = Tidak Tepat (Jika total nilai skor < 20) | Nominal |
| Persetujuan Klaim BPJS Kasus Jiwa Rawat Inap | Persetujuan seluruh biaya perawatan pasien BPJS kasus jiwa rawat inap oleh Pihak BPJS setelah melalui proses verifikasi. | Lembar <i>Checklist</i> | Observasi Dan Melihat Berkas Klaim | 0 = Disetujui (jika klaim yang diajukan memenuhi syarat nilai minimal skor PANSS EC 1= Dikembalikan (jika klaim yang diajukan tidak memenuhi syarat nilai minimal skor PANSS EC | Nominal |

E. Instrument Penelitian

Instrument penelitian merupakan alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data. Instrument penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar *checklist*.

F. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari 2024 di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu.

G. Teknik Pengumpulan Data

1. Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah data sekunder. Data sekunder yaitu data yang diperoleh peneliti dengan cara melihat berkas klaim kasus jiwa rawat inap Triwulan I dan II Tahun 2023.

2. Pengolahan Data

a. *Editing*

Pengecekan atau pengoreksian data yang telah terkumpul dengan benar untuk proses lebih lanjut. *Editing* dilakukan di tempat pengumpulan data di lapangan sehingga apabila terjadi kesalahan-kesalahan yang terdapat pada pencatatan dilapangan dan bersifat koreksi dapat di perbaiki segera.

b. *Coding*

Pemberian kode dalam kategori yang sama pada setiap data yang terkumpul di tempat penelitian. Dibuat dalam bentuk angka yang memberikan petunjuk untuk identitas pada informasi dan data yang akan dianalisis.

c. *Cleaning*

Setelah semua data selesai dimasukan,perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan dalam penulisan atau jawaban, kemungkinan ada data yang hilang kemudian dilakukan perbaikan atau koreksi.

d. *Processing*

Dalam proses ini kode dimasukkan ke dalam program atau *software* komputer (Excel) dan SPSS.

H. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan suatu analisis yang yang digunakan untuk meringkas kumpulan data agar menjadi suatu informasi yang berguna bagi banyak orang, contoh dari analisis univariat adalah statistika deskriptif. Statistik deskriptif merupakan bagian penting dari suatu penelitian yang digunakan untuk menggambarkan ciri-ciri dasar data yang hendak digunakan. Setelah data terkumpul dilakukan analisis secara univariat yaitu distribusi frekuensi dan narasi. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel. Analisis univariat pada

penelitian ini digunakan untuk melihat distribusi dan frekuensi dalam bentuk tabel dan narasi dengan rumus sebagai berikut (Arikunto, 2012).

$$P = \frac{F}{N} \times 100$$

Keterangan :
P : Jumlah persentase yang dicari
F : Jumlah frekuensi untuk setiap alternative jawaban
N : Jumlah seluruh berkas rekam medis yang digunakan.

2. Analisis Bivariate (*chi-square*)

Analisis Bivariate (*chi-square*) digunakan ketika variabel yang hendak digunakan berskala kategorik. Statistik *Chi Square* digunakan untuk mengetahui keterkaitan antara dua variabel dengan dasar pengujian selisih nilai proporsi dari nilai observasi dengan nilai harapan. Hipotesis yang digunakan pada uji *Chi Square* sebagai berikut:

H₀ : Tidak ada hubungan antara dua variabel.

H₁ : Ada hubungan antara dua variabel.

Dalam penelitian ini, peneliti menguji hubungan antara ketepatan nilai skor *PANSS EC* berdasarkan hasil ukur pada penilaian formulir komponen gaduh, gelisah pasien skizorenia pasien rawat inap. Uji statistik yang digunakan yaitu *Chi-square*.