

**STUDI KEBIJAKAN PENGGUNAAN SISTEM *CASEMIX* BERBASIS KODE
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES-TEN (ICD-X) PADA
PASIEN JAMKESMAS DI RSUD. DR. RASIDIN KOTA PADANG TAHUN 2011**

Skripsi

Diajukan ke Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran
Universitas Andalas sebagai Pemenuhan Syarat untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

**KHAIRUNISSA IFMI
No. BP. 07122015**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG, 2011**

Studi Kebijakan Penggunaan Sistem *Casemix* Berbasis Kode *International Classification of Diseases-Ten (ICD-X)* pada Pasien Jamkesmas di RSUD. Dr. Rasidin Kota Padang Tahun 2011

ABSTRAK

Di Indonesia, program Jamkesmas untuk menjamin pelayanan kesehatan masyarakat miskin diwujudkan dengan menerapkan sistem *casemix/ INA-DRG* yang pengisian diagnosis dilakukan sesuai dengan standar kode *ICD-X*. Berdasarkan data RSUD. Dr. Rasidin Padang, sejak diterapkannya *INA-DRG* pada tahun 2009 masih terdapat ketidaksesuaian diagnosis dengan kode *ICD-X*. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui Penggunaan Sistem *Casemix* Berbasis Kode *ICD-X* Pada Pasien Jamkesmas di RSUD Dr. Rasidin Kota Padang Tahun 2011.

Desain penelitian ini menggunakan desain studi kebijakan. Informan penelitian ini berjumlah 12 orang dengan menggunakan teknik wawancara mendalam (*Indepth interview*) dan *Focus Group Discussion (FGD)* ditambah dengan menggunakan panduan wawancara.

Input RSUD. Dr. Rasidin Padang yang digunakan untuk menunjang pelaksanaan penggunaan sistem *casemix* berbasis kode *ICD-X* pada pasien Jamkesmas di RSUD. Dr. Rasidin Padang belum memadai terutama dari segi tenaga dan metode. Proses penggunaan sistem *casemix* ini dinilai belum optimal karena masih ditemukan permasalahan ketidaksesuaian diagnosis dengan *ICD-X*. Hasil yang diperoleh adalah berupa formulir verifikasi pasien Jamkesmas dan ditemukan 75% diagnosis yang tidak sesuai dengan kode *ICD-X*, hal ini disebabkan oleh tidak ditemukannya pelatihan kepada dokter dan SOP yang belum diterapkan.

Dari segi input, RSUD. Dr. Rasidin Padang belum memadai terutama tenaga dan metode. Proses pelaksanaan penggunaan sistem *casemix* tersebut belum optimal karena masih terdapat permasalahan yang disebabkan tidak ada sosialisasi intensif kepada dokter. Untuk hasilnya berupa formulir verifikasi pasien Jamkesmas dan pelaporan yang dibuat oleh RSUD. Dr. Rasidin Padang. Belum adanya pelatihan dan sosialisasi intensif kepada dokter, serta SOP yang belum diterapkan tersebut dapat diberikan solusi berupa pencantuman sanksi dalam peraturan mengenai penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X*, dan membuat kode *ICD-X* secara *online* bagi pemerintah pusat, pembuatan SOP, sosialisasi dan pelatihan kepada dokter tentang penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* serta peningkatan kepedulian dan koordinasi tenaga medis dan non medis untuk menunjang pelaksanaan penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* tersebut di RSUD. Dr. Rasidin Kota Padang.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.¹

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat dilakukan melalui peningkatan kualitas dan kelayakan kesehatan yang merata dan terjangkau pada seluruh lapisan masyarakat.² Hal ini dimaksudkan agar terpenuhi hak hidup sehat bagi setiap orang termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu.

Hak hidup sehat bagi masyarakat miskin dan tidak mampu tercantum di dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem ini telah melaksanakan upaya penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Jamkesmas.³

Jamkesmas adalah bentuk belanja 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.³ Penetapan tarif bagi setiap peserta Jamkesmas di rumah sakit diberlakukan dengan sistem *casemix/ Indonesia- Diagnostic Related Group (INA-DRG)*.

Sistem *casemix/ INA-DRG* adalah suatu cara sistem pembiayaan berdasarkan pengelompokan jenis diagnosis kasus yang homogen. Sistem *casemix* terdiri dari 3 komponen utama yakni kodefikasi diagnosis (*ICD 10*), prosedur tindakan (*ICD 9 CM*), dan pembiayaan (*costing*).⁴

Menurut penelitian Rivany mengenai *Clinical Pathway Sectio Caesaria & Diare* Rumah Sakit Tarakan & RS Budi Asih di Jakarta tahun 2008 menyatakan bahwa DRG merupakan suatu cara mengidentifikasi dan mengelompokkan pasien yang mempunyai kebutuhan dan sumber yang sama dirumah sakit berdasarkan *Clinical Pathway*, yang secara teknis akan mempunyai nomer/kode tertentu yang akan dipergunakan sebagai menu dalam pembiayaan.⁵

Menurut Syafrizal dalam penelitiannya mengenai Pengelolaan Penanganan Pengobatan Tuberkulosis di RSUP. DR. M. Djamil Padang tahun 2008 bahwa salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien berdasarkan mutu dan *cost containment* (pengendalian biaya) ialah dengan mengembangkan sistem *casemix* atau *INA-DRG*.⁶ Kunci utama dalam penyelenggaraan sistem ini adalah pengisian diagnosis yang sesuai dengan standar kode *International Classification Of Diseases-Ten (ICD-X)*.

ICD-X merupakan pengkodean atas penyakit dan tanda-tanda, gejala, temuan-temuan yang abnormal, keluhan, keadaan sosial, dan eksternal yang menyebabkan cedera atau penyakit, seperti yang diklasifikasikan oleh *World Health Organization (WHO)*.² Berdasarkan hasil penelitian Rivany (2008), *International Classification of Disease X (ICD-X)* dari *WHO* telah keluar sejak lama, dengan berbagai revisi. Klasifikasi tersebut telah mengelompokkan penyakit berdasarkan anatomi dan fungsi organ tubuh secara keseluruhan.⁵ Pengelompokkan penyakit dalam *ICD-X* tersebut

tercantum di dalam *Major Diagnostic Categories (MDC)* yang merupakan kategori diagnosis penyakit yang dikelompokkan secara umum.⁶

Pengelompokkan penyakit berdasar *ICD-X* yang merupakan bagian dari sistem *casemix/ INA-DRG*, adalah salah satu upaya dalam pengendalian tarif pelayanan kesehatan khususnya bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.⁷ Salah satu lembaga yang menangani pelayanan kesehatan adalah lembaga berbentuk rumah sakit.

Rumah sakit sebagai salah satu lembaga yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan. Lembaga rumah sakit yang dalam tujuan pendiriannya tidak mencari keuntungan yang optimal adalah lembaga rumah sakit milik pemerintah. Rumah sakit pemerintah secara khusus merupakan suatu lembaga yang menangani masalah kesehatan yang bersifat *non profit oriented*.²

Permasalahan pelayanan di rumah sakit menurut Rivany (2008), pada umumnya terkait dengan informasi biaya yang sering tidak jelas. Sistem pembayaran yang ditetapkan di rumah sakit adalah sistem pembayaran per jasa pelayanan dengan cara pasien membayar setelah pelayanan diberikan yang disebut *fee for service*.⁵ Informasi biaya yang tidak jelas tersebut juga menjadi salah satu masalah bagi rumah sakit milik pemerintah.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Rasidin Padang merupakan salah satu rumah sakit umum kelas C milik Pemerintah Kota Padang. Salah satu misi RSUD Dr. Rasidin adalah menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, dan non medis yang berkualitas.⁸

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD. Dr. Rasidin Padang membutuhkan informasi biaya yang tepat, termasuk biaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Pada tahun 2009, upaya yang dilakukan oleh

RSUD. Dr. Rasidin untuk mengatasi permasalahan penetapan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas yaitu dengan menetapkan penggunaan sistem *casemix/ INA-DRG* berbasis *ICD-X*. Semenjak ditetapkan penggunaan *INA-DRG* di RSUD. Dr. Rasidin Padang hingga saat ini belum dilakukan evaluasi ataupun penelitian mengenai penyelenggaraan kebijakan tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian Susi mengenai "*Clinical Pathway dan Cost of Treatment Stroke Berdasarkan Diagnosis Related Groups*" di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2005, pengkodean sesuai *ICD-X* masih terdapat kesalahan penulisan. Dokter menulis diagnosis tidak berdasarkan *ICD-X*. Pada resume pasien pulang, pengkodean diagnosis dilakukan oleh petugas rekam medik. Persepsi antara dokter dan petugas rekam medik yang berbeda mengakibatkan kesalahan dalam pengkodean berdasarkan *ICD-X*.⁹

Permasalahan mengenai penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* juga ditemukan di RSUD Dr. Rasidin Padang. Pengisian diagnosis yang diberikan dokter tidak sesuai dengan standar kode penyakit dalam pelayanan kesehatan pada pasien Jamkesmas. Pengelola Jamkesmas RSUD Dr. Rasidin menyatakan bahwa semenjak diterapkan sistem *casemix* di RSUD Dr. Rasidin, sering ditemukan permasalahan tersebut. Sehingga, dapat mengakibatkan rumah sakit harus melakukan penambahan biaya dalam menangani pasien dan mengalami kerugian dalam pembayaran klaim pasien Jamkesmas.

Berdasarkan hasil *preliminary study/ studi awal* yang dilakukan peneliti, dari 30 buah *medical records* pasien Jamkesmas, ditemukan 50% diagnosis yang tidak sesuai dengan kode *ICD-X*. Salah satu contoh pada kasus rawat jalan RSUD. Dr. Rasidin Padang yaitu diagnosis yang dituliskan oleh dokter adalah G1P0A0 Gravid Aterm untuk

kontrol pertama. Dalam *ICD-X* kode untuk diagnosis ini adalah O26.9 dengan tarif Rp. 115.504,88 namun, tim *coding* menuliskan kode Z34.9. Kode Z34.9 ini dalam *ICD-X* adalah untuk G1P0A0 Gravid Aterm kontrol selanjutnya dengan tarif Rp. 145.887,99. Berdasarkan contoh kasus tersebut, RSUD. Dr. Rasidin Padang harus melakukan penambahan biaya sebesar Rp. 30.383,11.

Oleh karena itu, ketidaksesuaian diagnosis dengan kode *ICD-X* tersebut harus menjadi perhatian utama bagi RSUD. Dr. Rasidin Padang serta berbagai sektor terkait. Untuk itulah, penulis tertarik untuk meneliti tentang Studi Kebijakan Penggunaan Sistem *Casemix* Berbasis Kode *International Classification Of Diseases-Ten (ICD-X)* Pada Pasien Jamkesmas di RSUD Dr. Rasidin Kota Padang Tahun 2011.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

- a. Dari sisi input (kebijakan, tenaga, dana, alat dan bahan, serta metode) untuk menunjang penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* pada pasien Jamkesmas dinilai belum memadai terutama dari segi tenaga, dan metode.
- b. Kebijakan penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* di RSUD. Dr. Rasidin Padang hanya mengacu kepada manlak Jamkesmas tanpa diikuti peraturan atau kebijakan tersendiri dari direktur untuk mendukung operasional sistem *casemix* di RSUD. Dr. Rasidin Padang.
- c. Ketenagaan dalam penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* dinilai masih belum memadai. Hal ini dikarenakan RSUD. Dr. Rasidin Padang hanya melakukan pelatihan terhadap tim pengelola Jamkesmas saja, sedangkan pelatihan untuk dokter tidak ada. Kemudian tidak ada petugas yang mendampingi dokter spesialis untuk membantu menterjemahkan diagnosis sesuai *ICD-X* serta petugas koder RSUD. Dr. Rasidin Padang bukan dari tenaga medis.
- d. Dana untuk penggunaan sistem *casemix* ini berasal dari APBN berupa belanja bantuan sosial. Dana ini dianggarkan untuk semua kebutuhan operasional maupun penunjang sistem *casemix* di tiap rumah sakit. Selama ini jumlah anggaran untuk RSUD. Dr. Rasidin Padang sudah tergolong cukup dan tidak mengalami permasalahan.
- e. Alat dan bahan yang diperlukan dalam penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* ini adalah seperangkat komputer dan *software* INA-DRG. RSUD. Dr.

Rasidin Padang tidak mengalami kesulitan karena alat dan bahan tersebut masih dalam kondisi layak pakai dan bahan medis dapat diperoleh dengan mudah.

- e. Metode yang digunakan RSUD. Dr. Rasidin Padang hanya disesuaikan dengan manlak Jamkesmas tanpa diikuti oleh SOP atau petunjuk teknis untuk mendukung penyelenggaraan program Jamkesmas. Sehingga masih ada operasional penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* yang belum sesuai dengan manlak Jamkesmas terutama untuk pengisian diagnosis yang sesuai dengan kode *ICD-X*. Pemberian *reward* dan *punishment* kepada petugas juga belum diterapkan karena belum adanya tim evaluasi rumah sakit yang mampu menilai kinerja setiap petugas.
- e. Pelaksanaan penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* ini terdiri dari kegiatan pengisian diagnosis oleh dokter, pengkodean diagnosis oleh koder dan pengecekan kebenaran atau verifikasi oleh verifikator independen. Dalam kegiatan ini masih ditemukan permasalahan yakni ketidaksesuaian diagnosis dengan kode *ICD-X*, yang dikarenakan tidak adanya sosialisasi intensif kepada dokter yang menjadi ujung tombak dari penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* ini.
- f. Hasil yang diperoleh dari pelaksanaan penggunaan sistem *casemix* berbasis *ICD-X* ini berupa formulir verifikasi pasien Jamkesmas dan ditemukan 75% diagnosis yang tidak sesuai dengan kode *ICD-X* yang dinilai belum sesuai dengan peraturan atau kebijakan yang ditetapkan karena masih adanya permasalahan ketidaksesuaian diagnosis sesuai *ICD-X* yang disebabkan oleh tidak adanya pelatihan untuk dokter, SOP yang belum diterapkan dan belum adanya sosialisasi intensif kepada tenaga medis dan non medis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Himpunan Peraturan Perundang-Undangan. Undang-Undang Praktik Kedokteran Edisi 2010. Bandung: Fokus Media; 2010.
2. Kurniawan, A. INA-DRG Solusi Menuju Pemerataan Pelayanan Kesehatan [On Line]. Blog at Wordpress, 2007. Dari: <http://ariefknp.wordpress.com> [05 Januari 2011].
3. Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat. Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2009. Jakarta : Departemen Kesehatan RI; 2009.
4. Sistem Pembiayaan *Casemix/ INA-DRG* dan *Clinical Pathways* [On Line]. Dari: <http://www.scribd.com> [23 Februari 2011].
5. Rivany, R. *Clinical Pathway Sectio Caesaria & Diare Rumah Sakit Tarakan & RS Budi Asih* [Disertasi]. Jakarta: *Department of Health Policy and Analysis*, SPHUI; 2008.
6. Syafrizal. Pengelolaan Penanganan Pengobatan Tuberkulosis di RSUP. DR. M. Djamil Padang [Working Paper]. Yogyakarta: KMPK Universitas Gajah Mada; 2008.
7. Hosizah; *Casemix* Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Rumah Sakit di Indonesia [On Line]. Universitas Esa Unggul, 2010. Dari: <http://www.esaunggul.ac.id> [23 Februari 2011].
8. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Rasidin Padang. Profil 2010. Padang : RSUD Dr. Rasidin Padang; 2010.
9. Susi. *Clinical Pathway dan Cost of Treatment Stroke Berdasarkan Diagnosis Related Groups* di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2005 [Tesis]. Jakarta: FKM Universitas Indonesia; 2006.
10. Rivany, R. *Clinical Pathway and Cost of Methadone Therapy in The Drug Dependency Hospital Jakarta*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional 2010; 5: 90-96.
11. Chandra, I. Pengembangan Sistem Informasi Pembayaran Rawat Inap Pasien Keluarga Miskin Berbasis INA-DRG/ *Casemix* Guna Monitoring Pembiayaan Kesehatan di RSUD. Dr. Soedarso Tahun 2009 [Tesis]. Semarang: FKM Universitas Diponegoro; 2009.

12. Heurgren, M. *Casemix and Costing The Report Patient Classification System for Nursing* [On Line]. Swedia, 2000. Dari <http://www.federation.of Country councils> [8 April 2011].
13. Johari; *INA-DRG Casemix Membantu Penagihan Rumah Sakit* [On Line]. Tenreg Weblog, 2009. Dari: <http://tenreg.wordpress.com> [23 Februari 2011].
14. Hendrartini; *Alternatif Pembayaran Provider dalam Asuransi Kesehatan* [On Line]. 2007. Dari <http://www.aihhw.gov.au> [23 Februari 2011].
15. Hartono; *Diagnostic Related Group (DRG)* [On Line]. Fullnews, 2007. Dari <http://www.gizi.net/> [23 Februari 2011].
16. Santoso, DB; *Pengembangan Modul dalam Pembelajaran ICD-10 Pada E-Learning Terminologi Medis* [On Line]. Dari: <http://dianbudisantoso.net/> [14 Januari 2011].
17. Savitri; *Petunjuk Penentuan Kode Penyakit Berdasar ICD-10* [On Line]. Rekam Kesehatan, 2009. Dari: <http://rekamkesehatan.wordpress.com> [14 Januari 2011].
18. Sulastomo. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama; 2011.
19. Aditama, TY. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Indonesia, UI-Press; 2003.
20. Sutanta, E. *Sistem Informasi Manajemen*. Yogyakarta : Graha Ilmu; 2003.
21. Nugroho, R. *Public Policy (Dinamika Kebijakan- Analisis Kebijakan- Manajemen Kebijakan)*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia; 2011.
22. Sugiyono. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta Bandung; 2009
23. Saryono, A. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha medika; 2010.
24. *Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Rasidin Padang. Proposal 2011*. Padang : RSUD Dr. Rasidin Padang; 2011.
25. *Model 7P Pada Manajemen SDM di Rumah Sakit* [On Line]. Dari <http://indosdm.com> [11 Juli 2011].
26. Suryarizaputra; *Pentingnya Reward and Punishment dalam Organisasi* [On Line]. Dari <http://suryarizaputra.wordpress.com> [11 Juli 2011].