BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan meliputi upaya kesehatan dan sumber daya yang harus dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan sehingga mencapai tujuan yang optimal. Rumah sakit sebagai salah satu lembaga pelayanan publik digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat (Depkes RI, 2006).

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), mempunyai tujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Hal ini sesuai dengan salah satu tujuan dari *Millenium Development Goals* (MDGs) yaitu mentargetkan tercapainya derajat kesehatan di seluruh dunia. Salah satu upaya yang dilakukan oleh pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kesehatan yaitu dengan mengadakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per Januari 2014.

Berdasarkan Undang – Undang Nomor 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bahwa sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. BPJS adalah badan

hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS kesehatan dan BPJS ketenagaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta BPJS kesehatan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan bukan PBI jaminan kesehatan. PBI adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayar oleh pemerintah sebagai peserta program jaminan kesehatan.

Menurut Buku Panduan Praktis Administrasi Fasilitas Kesehatan BPJS (2014) kelengkapan informasi sangatlah penting. Oleh karena itu petunjuk verifikasi klaim disusun secara khusus dengan tujuan untuk dapat menjadi acuan bagi verifikator BPJS Kesehatan maupun bagi fasilitas kesehatan dalam rangka menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Hasil Penelitian Malonda dkk (2015), dalam penelitiannya tentang Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano, menyimpulkan bahwa masih terdapat beberapa masalah dalam koordinasi dan kerja tim serta keterlambatan penyerahan dan tidak lengkapnya dokumen serta belum adanya *billing sistem* menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS kesehatan. Masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan rumah sakit, yaitu pengajuan klaim tidak sesuai prosedur dan tarif dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga

menimbulkan masalah bagi rumah sakit.

Hasil Penelitian Ulfah (2013), dalam penelitiannya tentang Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Terhadap Persetujuan Klaim Jamkesmas Oleh Verifikator Dengan Sistem INA CBGs Periode Triwulan IV Tahun 2011 di RSI Sultan Agung. Menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap jamkesmas dengan persetujuan klaim jamkesmas. Perlu adanya kebijakan-kebijakan yang terkait dengan kelengkapan dokumen rekam medis serta meperhatikan prosedur-prosedur pengklaiman yang sudah distandarkan Menteri Kesehatan.

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dilakukan. Rekam medis berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dimiliki oleh setiap pasien dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu, rekam medis yang lengkap harus diisi dengan lengkap dan jelas tentang semua pelayanan yang diberikan kepada pasien. Waktu pengembalian berkas rekam medis rawat inap adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh petugas bagian instalasi rawat inap setelah menyelesaikan dan mengisi berkas rekam medis secara lengkap dan dikembalikan dalam waktu 2 X 24 jam setelah pasien pulang dari rumah sakit. (Shofari, 2004).

Berdasarkan survei pendahuluan yang telah dilakukan di RSUD Sukoharjo dibagian klaim BPJS diketahui bahwa sebanyak 20 dokumen rekam medis pasien yang kembali dari bangsal dengan pembiayaan BPJS yang diambil terdapat 3 dokumen rekam medis tidak lengkap pada item diagnosis

dan 2 dokumen rekam medis tidak lengkap pada item tanda tangan dokter. Ketidaklengkapan kode diagnosis/tindakan yang berisi tentang data medis pasien akan mempengaruhi proses penentuan dalam klaim BPJS. Ketidaksesuaian antara pengisian kelengkapan informasi dengan keakuratan kode pada lembar rekam medis akan menjadi salah satu penyebab kegagalan klaim BPJS. Tingkat kegagalan klaim di RSUD Sukoharjo masih ditemukan antara 5-7 dokumen rekam medis yang mengalami gagal klaim per hari dikarenakan beberapa hal misalnya dokumen yang sudah lolos sampai ke verifikasi masih terdapat kemungkinan mengalami kegagalan klaim karena berkas penunjang pemeriksaan, tindakan atau pengobatan yang tidak lengkap dilampirkan. Hal tersebut sangat berpengaruh terhadap keterlambatan klaim karena berkas yang tidak lengkap dikembalikan lagi ke pihak rekam medis untuk dilengkapi.

Setelah dilakukan survei pendahuluan mengenai kelengkapan informasi dan melihat masih adanya ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis, maka masih perlu diadakannya analisis lebih lanjut terkait hubungan kelengkapan informasi dengan persetujuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di RSUD Sukoharjo.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara kelengkapan informasi dengan persetujuan klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Sukoharjo ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Menganalisis hubungan antara kelengkapan informasi pada dokumen rekam medis dengan persetujuan klaim BPJS di RSUD Sukoharjo.

2. Tujuan Khusus

   a. Mengidentifikasi kelengkapan informasi dokumen rekam medis klaim BPJS di RSUD Sukoharjo.

   b. Membuktikan hubungan antara kelengkapan informasi pada dokumen rekam medis dengan persetujuan klaim BPJS di RSUD Sukoharjo.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi peneliti

   Dapat menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan secara langsung di rumah sakit dengan menerapkan teori yang diperoleh peneliti dari institusi pendidikan.

2. Bagi RSUD Sukoharjo

   Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan evaluasi bagi rumah sakit dalam menyusun kebijakan dan pelaksanaan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang berguna dalam meningkatkan pelayanan dan mutu rumah sakit.

3. Bagi Petugas Medis

   Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan evaluasi bagi petugas

medis dalam pelaksanaan kelengkapan pengisian rekam medis yang berguna dalam memperlancar proses klaim.

4. Bagi Peneliti Lain

   Sebagai referensi untuk acuan dalam pengembangan penelitian lain tentang kelengkapan informasi dokumen rekam medis terkait penentuan klaim BPJS.