

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) merupakan suatu badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial dalam bentuk perlindungan kesehatan untuk menjamin kebutuhan dasar hidup yang layak. BPJS berfungsi menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip equitas. Setiap orang yang telah memiliki kartu BPJS dan membayarkan iurannya, maka biaya kebutuhan dasar kesehatannya akan ditanggung oleh BPJS melalui proses klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit kepada BPJS (Kemenkes RI, 2018).

Klaim BPJS berupa pengajuan biaya rawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS setiap bulannya. Klaim yang diajukan oleh rumah sakit akan di verifikasi terlebih dahulu oleh verifikator BPJS untuk menguji kebenaran dan kelengkapan administratif pelayanan yang telah diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada pasien. Selanjutnya BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak klaim, namun untuk berkas yang pending klaim harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali (BPJS Kesehatan, 2018).

Nabila (2020) dalam penelitiannya di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo mengatakan bahwa kejadian pending klaim disebabkan oleh beberapa hal seperti

pada administrasi, medis, koding tidak layak dan lainnya. Dalam penelitian Nurul Aida (2022) juga ditemukan penyebab terjadinya pending klaim yaitu resume medis yang tidak lengkap, keterangan diagnosis dari dokter yang kurang dan koding yang kurang sesuai dengan diagnosis penyakit pasien.

Berdasarkan Santiasih (2021) juga diketahui bahwa penyebab pending klaim di RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai adalah ketidaklengkapan berkas klaim yaitu, tidak sesuainya atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidak sesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Dari kejadian tersebut diketahui bahwa salah satu penyebab pending klaim adalah ketidaklengkapan administratif.

Kelengkapan administratif klaim BPJS yang akan diverifikasi meliputi : formulir pengajuan klaim, rekapitulasi pelayanan, berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta, resume medis, keterangan diagnosis dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), dan bukti pelayanan lainnya (Kemenkes RI, 2018). Artanto EP (2016) juga dalam penelitiannya di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo mengatakan bahwa klaim BPJS pasien dianggap lengkap apabila terlampir Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat perintah rawat inap, resume medis yang ditandatangani oleh DPJP, dan bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP.

Triatmaja (2022) dalam penelitiannya di RSUD Haji Surabaya mengatakan bahwa salah satu penyebab pending klaim adalah ketidaklengkapan administratif

klaim yang menjadi persyaratan untuk pengajuan klaim yaitu tidak terlampirnya hasil pemeriksaan penunjang atau data pendukung lainnya. Sejalan dengan penelitian Roganda (2022) di RSUD Imelda Pekerja Indonesia ditemukan bahwa dari 50 rekam medis pending klaim, diketahui 10 rekam medis (20%) diantaranya disebabkan karena ketidaklengkapan administratif yaitu tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang (tes diagnostik).

Dalam melaksanakan proses klaim BPJS, dibutuhkan kepatuhan petugas rekam medis terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) maupun Petunjuk Teknik (Juknis) untuk melakukan pemeriksaan kelengkapan administratif. Nabila (2020) dalam penelitiannya mengatakan bahwa permasalahan pending klaim memiliki hubungan erat dengan tugas seorang perekam medis. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Ayu (2019) yang menyatakan semakin tidak patuh pekerja dengan prosedur kerja maka akan semakin tinggi resiko kesalahan sebaliknya semakin patuh pekerja maka akan semakin rendah resiko kesalahan.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan di RSUD Martha Friska Multatuli Medan terdapat permasalahan dalam proses pengklaiman yang menyebabkan terjadinya pending klaim, informasi yang peneliti dapatkan diketahui bahwa rekam medis yang mengalami pending klaim sebanyak 10% dari total klaim yang diajukan, salah satu penyebab terjadinya pending klaim adalah ketidaklengkapan berkas administratif.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui tingkat kepatuhan petugas rekam medis dalam memeriksa kelengkapan administratif untuk mencegah pending klaim BPJS. Berdasarkan latar belakang

tersebut, sehingga penulis tertarik mengangkat judul **“Tingkat Kepatuhan Petugas Rekam Medis dalam Memeriksa Kelengkapan Administratif untuk Mencegah Pending Klaim BPJS di RSUD Martha Friska Multatuli Medan Tahun 2024”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah **“Bagaimana tingkat kepatuhan petugas rekam medis dalam memeriksa kelengkapan administratif untuk mencegah pending klaim BPJS di RSUD Martha Friska Multatuli Medan Tahun 2024?”**.

1.3 Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tingkat kepatuhan petugas rekam medis dalam memeriksa kelengkapan administratif untuk mencegah pending klaim BPJS di RSUD Martha Friska Multatuli Medan Tahun 2024.

1.4 Manfaat

Adapun manfaat penelitian ini adalah:

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai informasi dan bahan pertimbangan untuk mencegah terjadinya pending klaim BPJS di RSUD Martha Friska Multatuli Medan.

2. Bagi Akademik

Sebagai bahan informasi dalam pembelajaran rekam medis serta dapat dijadikan referensi untuk kepentingan ilmu pengetahuan terkait kelengkapan administratif BPJS untuk mencegah terjadinya pending klaim BPJS di rumah sakit.

3. Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan pengetahuan mengenai kelengkapan administratif untuk mencegah terjadinya pending klaim BPJS di rumah sakit.