

LAMPIRAN

Lampiran 1 Jurnal 1

Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat Tahun 2018 (Kualitatif)

Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat Tahun 2018 (Kualitatif)

Factors causing delay in submission of claim BPJS at RSUD KH. Daud Arif, Tanjung Jabung Barat 2018. (Kualitatif)

Diah Sekar Sari¹, Ermi Girsang², Sri Lestari Ramadhani³

¹ Mahasiswa Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Indonesia² Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Indonesia ³ Sekretaris Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Indonesia

* Korespondensi Penulis: aisekar6696@gmail.com

ABSTRAK

RSUD KH. Daud Arif Pada Tahun 2018 belum dapat melaksanakan pengajuan klaim sesuai waktu yang sudah ditetapkan. Klaim diajukan >N-3 yang artinya dilaksanakan lebih dari 3 (tiga) bulan untuk 1 (satu) bulan pelayanan, hal tersebut dapat terjadi karena permasalahan dari dalam rumah sakit. Hasil studi eksplorasi ditemukan bahwa permasalahan berasal dari bagian penunjang yang merupakan kelengkapan dokumen klaim belum lengkap saat pasien pulang perawatan sehingga memerlukan waktu tambahan untuk menyelesaikannya.

Penelitian ini bertujuan untuk Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat Tahun 2018. Jenis penelitian ini adalah *kualitatif deskriptif*. Informan penelitian ini berjumlah 16 orang yang diwawancarai, terdiri dari 7 orang petugas pembuat SEP serta melengkapi berkas, 3 orang petugas koder, dan 3 orang petugas entry klaim ke aplikasi INA CBGs. Untuk informan pendukung berjumlah 3 orang terdiri dari kepala Bidang Keuangan BPJS Kesehatan cabang Jambi 1 orang, Kepala Bidang Manajemen Rujukan BPJS Kesehatan Cabang Jambi, dan Direktur RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat.

SDM dalam menyelesaikan pengkodean, mengentry Sep Dan melengkapi klaim dan mengentry Klaim Ke Aplikasi Ina CBG's dengan kinerja petugas yang cukup baik dimana hanya terkendala pada sarana dan prasarana yang dipakai. Metode yang digunakan dalam poengajuan klaim sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP). proses yang digunakan dalam poengajuan klaim sesuai dengan SOP dimulai dari pengambilan no antrian, pembuat SEP, melakukan entry koding sesuai dengan ICD 9 CM dan ICD 10. lalu kasiin ke pihak entry. Terdapat beberapa kendala yang mempengaruhi proses keterlambatan pengajuan klaim diantaranya internet sering terputus kekurangan tenaga serta Status lambat turun karena resume belum lengkap.

Kata Kunci : Pengklaiman BPJS, Operasional Prosedur (SOP)

ABSTRACK

in 2018 RSUD KH. Daud Arif can not do claim submission on time. Claim submitted >N-3 that meansit take place more than 3 (three) month for 1 (one) month treatment. This condition occurs because of the internal hospital problem. The result of exsploration shows that the problem came from support section which completeness of claim documents is not complete when the patients go back to home so it is need more time to complete.

The purpose of research is analyzing factors causing delay in submission of claim BPJS at RSUD KH. Daud Arif, Tanjung Jabung Barat 2018. The type of research is kualitatif descriptive. The infomant of research who had been interviewed was around 16 people, 7 SEP-makers and complete files staff, 3 coder staff, 3 entry staff claim to INA CBGs application. Supporting informan additions are 3 pople who work as head of finance BPJS jambi, head of management BPJS jambi, and director RSUD KH. Daud Arif, Tanjung Jabung Barat.

Resources human in completing coding, entering Sep and completing claims and entering Claims into the Ina CBG's Application with a fairly good performance of the officer which is only constrained by the facilities and infrastructure used. The method used when claim submission is corresponding Standard Operating Procedure (SOP). The process used when claim submission is corresponding SOP starting from retrieving queue number, making SEP, doing coding entry which is corresponding ICD 9 CM and ICD 10. And give to entry staff. There are several problem that influence delay process in submission of claim, it is internet

disconnected, shortage of labor, and status is slow down because the rasume is not complete

Key words : claiming BPJS, Standard Operating Procedure (SOP)

PENDAHULUAN

Undang- Undang Dasar 1945 Pasal 28 H menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Republik Indonesia, 2002). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan dan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan serta setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Penahapan kepesertaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di mulai tanggal 1 Januari 2014, dengan kepesertaan anggota TNI/PNS dilingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya, dan tahap kedua diharapkan seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang diharapkan terdaftar sebagai peserta paling lambat tanggal 1 Januari 2019. Hal ini sesuai dengan Peraturan Presiden RI Nomor 12, Pasal 6 ayat 2 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Berdasarkan Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) (Kemenkes, 2014).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) KH. Daud Arif adalah fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan dan telah mendapatkan Penetapan Kelas Rumah Sakit dari Kementerian Kesehatan dengan kode RS 1507010 yang pada tanggal 06 Desember 2017 tergolong dalam kelas Rumah Sakit tipe C, dan merupakan satu- satunya Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten (Pemkab) Tanjung Jabung Barat.

Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 1 tentang BPJS menyatakan bahwa Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial (Republik Indonesia, 2011).

Hal ini mempunyai dampak perubahan pembayaran klaim BPJS Kesehatan, yang dibayarkan dengan sistem paket INA CBG's dan di luar paket INA CBG's (Kemenkes, 2014). Dengan sistem tersebut rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien dan keluarganya.

BPJS kesehatan implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional. Pengaturan teknis pelaksanaan lebih lanjut program JKN dituangkan dalam berbagai peraturan baik dalam bentuk peraturan pemerintah, peraturan presiden, peraturan menteri kesehatan, keputusan menteri kesehatan, panduan praktis, dan lain-lain (Kemenkes, 2013).

Berdasarkan Perjanjian Kerja Sama antara RSUD KH. Daud Arif dan BPJS Kesehatan, pengajuan klaim dilaksanakan setiap tanggal 10 bulan berikutnya dan BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap (Republik Indonesia, 2013).

Beberapa contoh sistem pembayaran klaim dari beberapa negara: Negara Belanda sudah menggunakan validasi e-klaim sejak 2009. Penyedia layanan kesehatan dan pembayar berinteraksi lewat pusat jalur klaim. Secara

operasional, standarisasi dan pengolahan elektronik

berhasil mengurangi beban administrasi pada sistem, mengurangi kesalahan administratif dan memperpendek masa proses klaim dan pembayaran untuk seluruh spektrum penyedia asuransi kesehatan.

Mutu pelayanan mempunyai banyak dimensi, berkaitan dengan penggunaan sumberdaya untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan mengelola fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes), serta perilaku pemberi pelayanan dan perilaku masyarakat pengguna layanan kesehatan (A. Gde. 2011).

RUMUSAN MASALAH

RSUD Daud Arif sampai saat ini belum dapat melaksanakan pengajuan klaim sesuai waktu yang sudah ditetapkan. Klaim diajukan >N-3 yang artinya dilaksanakan lebih dari 3 (tiga) bulan untuk 1 (satu) bulan pelayanan, hal tersebut dapat terjadi karena permasalahan dari dalam rumah sakit.

Hasil studi eksplorasi ditemukan bahwa permasalahan berasal dari bagian penunjang yang merupakan kelengkapan dokumen klaim belum lengkap saat pasien pulang perawatan sehingga memerlukan waktu tambahan untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan menentukan faktor-faktor apa yang mempengaruhi keterlambatan pengajuan klaim di

RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat Tahun 2018.

Dari uraian di atas, maka permasalahan yang dapat dirumuskan yaitu adalah Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat Tahun 2018.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Informan penelitian ini berjumlah 16 orang yang diwawancarai, terdiri dari 7 orang petugas pembuat SEP serta melengkapi berkas, 3 orang petugas koder, dan 3 orang petugas entry klaim ke aplikasi INA CBGs. Untuk informan pendukung berjumlah 3 orang terdiri dari kepala Bidang Keuangan BPJS Kesehatan cabang Jambi 1 orang, Kepala Bidang Manajemen Rujukan BPJS Kesehatan Cabang Jambi, dan Direktur RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat.

Ketersediaan Sumber Daya Manusia(SDM)

Pada petugas dalam pengajuan klaim di RSUD KH. Daud Arif Kabupaten Tanjung Jabung Barat 13 orang yang terdiri dari 3 orang petugas koding, 7 orang petugas Entry Sep Dan Melengkapi Klaim dan 3 orang petugas Entry Klaim Ke Aplikasi Ina CBG's.

P : *...bagaimana menurut anda apakah jumlah petugas yang adadi posisi anda saat ini sudah*

mencukupi? Jika belum mencukupi, apakah sudah disampaikan kepada Manajemen tentang kekurangan personil?...”

IF-4 : *“.....Belum cukup, tapi alhamdulillah saya sudah dapat teman lagi, jadi kami sekarang bertiga, lebih semangat.*

Berdasarkan laporan tahunan tenaga dalam pengklaiman Petugas Koding, petugas Entry Sep Dan Melengkapi Klaim dan petugas Entry Klaim Ke Aplikasi Ina CBG's.

Berdasarkan hasil pengamatan di RSUD KH. Daud Arif Kabupaten Tanjung Jabung Barat memiliki 3 (tiga) petugas Koding BPJS dengan job description yaitu memberikan kode penyakit menggunakan buku ICD-10 dan kode tindakan menggunakan buku ICD-9CM, dengan tugas tambahan mengcrosscheck kelengkapan DRM. Seharusnya, mengcrosscheck kelengkapan merupakan tupoksi dari petugas assembling dan hal tersebut menyebabkan beban petugas koding meningkat.

Berdasarkan protap yang berlaku di RSUD KH. Daud Arif Kabupaten Tanjung Jabung Barat, pengertian tugas utama koder adalah memberi kode diagnosis utama, sekunder, cedera luar dan kematian serta kode tindakan yang telah ditentukan dengan menggunakan buku ICD10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk diagnosis prosedur, hasil koding diinput ke dalam

software Ina Cbg's. Tetapi dengan adanya tugas tambahan seperti menganalisa kelengkapan DRM hal ini menyebabkan beban kerja petugas bertambah dan tingkat kelelahan petugas tinggi, yang ditandai dengan penurunan perhatian serta perlambatan dan hambatan persepsi (faktor penyebab kelelahan seperti lelah otot, lelah visual, lelah mental dan monotoris).

Berdasarkan hasil penelitian di ketahui 7 orang petugas Entry Sep dalam melakukan pekerjaan juga dibantu oleh petugas administrasi dimana tugas dan fungsi petugas administrasi BBPJS bertugas menyusun berkas klaim rawat jalan sesuai urutan nomor SEP, menyusun berkas klaim rawap inap sesuai urutan nomor SEP, membuat berita acara serah terima berkas klaim ke verifikator BPJS berkas rawat jalan dan rawat inap, melakukan pencatatan berkas klaim rawat jalan dan rawat inap di buku ekspedisi, mengantar berkas klaim rawat jalan ke petugas verivikator BPJS, mengantarkan rekam medis rawap inap ke bagian rekam medis setelah tarik klaim bulan berjalan dan stand by diruangan BPJS dan memanggil coder jika ada hal penting.

Sarana dan prasarana

Dari hasil telaah dokumen dan observasi diperoleh hasil bahwa sarana belum memadai dan untuk prasarana yang digunakan dalam proses pengklaiman cukup memadai.

“....selain SDM, Sarpras juga faktor penyebab klaim lambat. Kaya kemaren abang di telfon, nok.. kami dak biso ngentri, wifi belom di bayar. Abang nelfon konfirmasi ke Kabid nya, baru lancar wifinya. Katanya kemaren mau pake yang dari kominfo, tapi belom realisasi juga. Terus jam kerjanya pegawai yang singkat. Padahal kalo lambat ngajuinnyo kan lambat juga cair jasa pelayanan mereka”.

(IF-3).

“... Jika ya, mohon diceritakan Rumahsakit dah pake wifi, kadang jaringan bise dak bagus juge , wifi tu kurang kuat. Lemot hampir setengah harian. Sarprasnya belum lengkap nian lah. Cumakalo bisa di tambah speaker untuk manggil peserta... “.

(If-4).

Dibagian RM khususnya pada bagian petugas klaim sudah menggunakan komputer dan menggunakan ICD-10 untuk diagnosa penyakit serta ICD-9 untuk tindakan. Sarana ialah sesuatu yang dapat digunakan dalam pencapaian maksud dari tujuan. Sedangkan prasarana adalah suatu faktor yang merupakan faktor penunjang terlaksananya suatu kegiatan. Sarana di Rumah Sakit DaudArif Tanjung Jabung Barat sudah cukup baik, namun terkadang ada keluhan dari petugas dikarenakan jaringan internet ataupun komputernya erorr, selain itu sarana dan prasarananya sudah baik.

Dalam alur penarikan data Surat Eligibilitas Peserta (SEP) – INA CBGs, pertama petugas rumah sakit

harus menginput nomor SEP peserta BPJS Kesehatan ke dalam aplikasi INA CBGs, kemudian klik data peserta BPJS Kesehatan tersebut sehingga muncul tampilan hasil input data pelayanan di INACBGs, antara lain identitas pasien dan data klaim atau grouping. Setelah itu, petugas rumah sakit dapat memasukkan tanggal dokumen yang siap diverifikasi. Dari keterangan informasn terjadinya wifi yang mandek mak proses menginput nomor SEP peserta BPJS Kesehatan ke dalam aplikasi INA CBGs menjadi terhambat.

Metode

Dari hasil wawancara diatas dapat diketahui bahwa metode yang digunakan dalam poengajuan klaim sesuai denganSOP.

P : *“Apakah anda memiliki SOPdalam bekerja?”*

IF-4, 5 & 6 : *“Ada dan memahami tentang SOP tersebut”*

Dari hasil wawancara diatas dapat diketahui bahwa metode yang digunakan dalam poengajuan klaim sesuai dengan SOP. Prosedur klaim pada Rumah Sakit Daud Arif Tanjung Jabung Barat sudahsesuai dari BPJS dan rumah sakit yaitu berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan untuk dilengkapi dan dibetulkan kesalahannya. Berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan langsung pada bagian klaim rekam medis Rumah Sakit Daud Arif Tanjung Jabung Barat dari BPJS. Sehingga

pengecekan tidak melewati bagian keuangan terlebih dahuluatau bagian yang sebelumnya keuangan, apotik, poliklinik, administrasi pendaftaran, dan bagian pendaftaran.

Waktu yang ditetapkan oleh pihakrumah sakit untuk pengumpulan berkasnya maksimal pengumpulan berkas klaim pada tanggal 10 bulan sesudahnya. Namun untuk pengumpulan berkas yang dikembalikan karena kesalahan atau tidak lengkap tidak ada batasan waktu tetap. Kesimpulannya dari semua kesalahan yang harus diperbaiki, petugas klaim akanmengecek kembali dokumen rekam medis milik pasien untuk dicek dan diperbaiki kesalahannya agara bisa dikirim kembali ke BPJS dan dicairkan dananya untuk rumah sakit.

Dari hasil penelitian dan telaah dokumen maka dapat disimpulkan bahwa metode yang digunakan oleh pihak rumah sakit KH Daud Arif Tanjung jabung Barat sudah sesuai prosedur dan bekerja sesuai dengan SOP, selain itu petugas juga menyakatakn bahwa mereka telah memahami dan menjalani semua metode sesuai dengan yang dianjurkan.

Proses

Pada komponen proses yang diteliti adalah melengkapi berkas klaim, pengkodean diagnosa, pengentrian klami ke aplikasi INA

CBG'S sebagaimana yang dijelaskan serikut ini :

P : *"...Mohon ceritakan alur kerja/ langkah-langkah kerja saudara dalam proses pengentryan SEP dan melengkapi berkas persyaratan klaim?"*

IF-4: *".....Pasien ambil no antri, nomernya di panggil lalu serahkan kelengkapan berkas, cek kartu jkn aktif apa nggak, kl gk aktif di edukasi pasiennya blm bisa kita layani. Di aplikasi SEP kelihatan. Peserta aktif langsung cetak sep serahkan berkasnya lagi lalu pasien ke poli. Kalo sudah selesai ke poli, lab, apotik dll, nanti perawatnya yg kasiin berkas ke saya hari itu juga, karena saya PJ nya..."*

Dari hasil wawancara diatas dapat diketahui bahwa proses yang digunakan dalam poengajuan klaim sesuai dengan SOP dimulai dari pengambilan no antrian, pembuat SEP, melakukan entry koding sesuai dengan ICD 9 CM dan ICD 10. lalu kasiin ke pihak entry. Pasien datang kerumah sakit dengan membawa persyaratan yang dibutuhkan lalu diserahkan kepada petugas verifikator kelengkapan awal. Jika telah lengkap, petugas akan mencetak surat eligibilitas. Petugas kassa mencetak karcis piutang. Lalu pasien dapat diperikasa oleh dokter. Dokter memutuskan apakah pasien

bisa pulang atau harus mendapatkan rawat inap. Lalu pasien akan diarahkan ke bagian farmasi untuk mendapatkan obat. Petugas farmasi menyerahkan daftar obat yang digunakan pasien kepada petugas kassa. petugas kassa mengolahnya sehingga menjadi nota piutang. Lalu diserahkan kepada pentugas koding untuk digrouping. Dan menghasilkan file txt. File txt diserahkan kepada verifikator BPJS. Proses pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Daud Arif sudah sesuai dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS tahun 2014 namun masih terdapat berkas yang terlambat.

Sistem INACBG terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan 6 adalah clinical pathway, koding dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen costing yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INACBG. Proses pencatatan pelayanan kesehatan di rumahsakit Arif Daud, dilakukan oleh perekam medis sesuai dengan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 48 Tahun 2014 Nomor 22 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya. Jika petugas

pengentry kedalam software INACBG tidak dilakukan oleh seorang perekam medis, maka bisa saja dalam pelaksanaannya petugas akan kebingungan mengenai kode diagnosis penyakit yang diinputkan kedalam software INACBG, hal tersebut karena petugas tidak memiliki kompetensi sebagai perekam medis yang bisa memberikan kode diagnosis untuk setiap diagnosis dan tindakan yang diinputkan kedalam software INACBG. Seperti halnya yang diungkapkan dalam penelitian yang berjudul Analisis Pengajuan Klaim BPJS di RSUD KH. Daud Arif yang disusun oleh Malonda dkk (2015) yang menyatakan bahwa kode diagnosis yang dikode oleh seorang DPJP tidak sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9 CM. Hal tersebut karena seorang DPJP tidak memiliki kompetensi koding seperti halnya seorang perekam medis.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan menyebutkan bahwa pelayanan pasien peserta BPJS PBI dan bukan PBI di RSUD KH. Daud Arif diberlakukan sama. Tidak ada perbedaan dalam pemberian pelayanan oleh tenaga kesehatan ataupun tenaga bukan kesehatan yang bekerja di RSUD KH. Daud Arif. Begitu pula dengan persyaratan administrasi yang harus dipenuhi oleh peserta, pasien peserta PBI dan bukan PBI mengumpulkan persyaratan yang sama, penyederhanaan pengumpulan persyaratan merupakan solusi yang dipilih oleh BPJS untuk menangani komplain.

Output

Dari hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan diketahui bahwa pelaksanaannya belum terlaksana dengan baik, berikut pernyataannya :

P : “...Menurut bapak, bagaimana tentang keterlambatan pengajuan klaim rumah sakit?”

IF-1 : “Iya betul, Mereka menyampaikan, bapak di depan, kita internet suka mandek kita kekurangan tenaga. Lalu kita tambah tenaga entry INA CBG’S, lalu bagian SEP kita tambah lagi. Status lambat turun, kenapa... karena resume blm lengkap, maka saya keluarkan kebijakan, mereka (Dokter penanggung jawab) harus menyelesaikan, kalau tidak kasus mereka kita pending pembayarannya....Kita buat suatu aturan ...saya ajak diskusi semua level pimpinan, minta pendapat masing-masing, setelah itu saya menyimpulkan sendiri dengan mengeluarkan Keputusan”.

Terdapat beberapa faktor keterlambatan pengajuan klaim BPJS yang terdiri dari : Kurangnya jumlah tenaga SDM, baik secara kuantitas maupun kualitas. Secara kuantitas sebaiknya pihak rumah sakit menambah jumlah pegawai untuk mendukung proses pengajuan klaim. Selanjutnya

secara kualitas, sebaiknya pihak rumah sakit menambahkan motivasi pegawai mengenai pentingnya proses pengajuan klaim, Ketidaklengkapan berkas klaim memberatkan kinerja petugas klaim karena harus melengkapi berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS, Tidak terbacanya tulisan dokter dan pemakaian singkatan yang tidak baku sehingga menyulitkan dalam proses coding, Kurangnya sarana dan prasarana dalam proses pengajuan klaim seperti wifi yang relambat turun karena resume belum lengkap.

SIMPULAN

SDM dalam menyelesaikan pengkodean, mengentry Sep Dan melengkapi klaim dan mengentry Klaim Ke Aplikasi Ina CBG's dengan kinerja petugas yang cukup baik dimana hanya terkendala pada sarana dan prasarana yang dipakai. Metode yang digunakan dalam poengajuan klaim sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP). proses yang digunakan dalam poengajuan klaim sesuai dengan SOP dimulai dari pengambilan no antrian, pembuat SEP, melakukan entry coding sesuai dengan ICD 9 CM dan ICD 10. lalu kasiin ke pihak entry. Terdapat beberapa kendala yang mempengaruhi proses keterlambatan pengajuan klaim diantaranya internet sering terputus kekurangan tenaga serta Status lambat turun karena resume belum lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharmi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi 1*. Penerbit Nuha Medika
- Azwar, Saifuddin. 2010. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Arikunto, Suharmi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi VI*. Jakarta: Rineka Cipta
- BPJS, 2016. <https://bpjs-kesehatan.go.id/>
- Kemenkes RI, 2012. *Profil Kesehatan Republik Indonesia*
- Kemenkes RI, 2013. *Buku Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan Tahun 2016*
- Kemenkes RI, 2014. Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional
- Notoatmodjo, Soekidjo 2010. *Metdologi Penelitian Kesehatan*. Penerbit PT Rineka Cipta. Jakarta
- Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) KH. Daud Arif
- Sugiyono, 2011. *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif dan R & D*. penerbit Alfabeta Bandung
- Undang- Undang Dasar 1945 Pasal 28 Hterhadap hak azazi manusia

Lampiran 2 Jurnal 2

Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo Vol.5 No.2 Oktober 2019
Print ISSN 2477-0140 Online ISSN 2581-219X
www.jurnal.stikes-yrsds.ac.id



Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap

The Causative Factors of Submission Delay in Claiming BPJS Health Insurance for the In-patients

Nevy Kusumaning Ayu Putri*, Karjono*, Sendy Ayu Mitra Uktutias*

*Prodi Administrasi Rumah Sakit

STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo, Surabaya

Email : nevyayuputri12071@gmail.com, masjon_mars@yahoo.com,
ndyayuuktutias@gmail.com

ABSTRAK

Masalah yang didapat bahwa pelaksanaan klaim BPJS dalam penyerahan berkas klaim pasien rawat inap kepada kantor BPJS Kesehatan masih mengalami keterlambatan yang jauh dari tanggal yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Subyek penelitian adalah Kepala Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu, Kepala Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi, Petugas klaim pasien rawat inap. Hasil penelitian waktu penyelesaian 1 berkas klaim petugas verifikasi administrasi sampai berkas dientry membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas. Kelengkapan persyaratan berkas klaim terdapat 35 % persyaratan berkas klaim tidak lengkap dan harus dikembalikan lagi keruang perawatan, kembalinya berkas klaim ke ruang perawatan yang berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim. Dilihat dari jumlah dan kompetensi sumber daya manusia petugas pengelolaan klaim berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim dan masih ada beberapa petugas pengelolaan klaim yang masih belum mengikuti pelatihan yang sesuai dengan jabatannya.

Kata kunci : BPJS, Keterlambatan Pengajuan Klaim, Pasien Rawat Inap

ABSTRACT

The problem culminates on the implementation of health insurance claims, which is in handing over the in-patient claim files to the bureau still experiencing delays

far from the date set by the Social Security Administrator (BPJS) for Health. This research aims to analyze the causative factors of the delay in submitting claims of BPJS health insurance for the in-patients at Dr. RSUD R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. This research uses descriptive qualitative research by applying cross sectional design. Research subjects are including the Head of Integrated Administration Services Installation, the Head of the Verification and Accounting Subdivision, and the claim officers of the in-patients. The results of the research show that the completion time for 1 claim file, started from the administrative verification officer to the file entry, takes time of 18:39:03 per file. Due to the completion standard on the claim files, there are 35% incomplete files that must be returned to the treatment room. The return of these claim files to the treatment room potentially causes the delay in filling the claims. Considering the number of human resources and the competency of management officers, those two issues are also potential to cause the delay in filing the claims. Furthermore, there are some of management officers still not participating in an appropriate training needed for their positions.

Keywords: BPJS Health Insurance, the Submission Delay in Claims, the In-patients

PENDAHULUAN

RSUD Dr. R Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro (yang selanjutnya disebut *RSUD Bojonegoro*) adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Bojonegoro sebagai Rumah Sakit kelas B Non Pendidikan serta telah terakreditasi Paripurna. RSUD Bojonegoro sebagai penyedia pelayanan kesehatan berhak mendapatkan pembayaran klaim atas pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan, dan BPJS Kesehatan berkewajiban untuk melakukan pembayaran kepada RSUD Bojonegoro atas pelayanan yang sudah diberikan. BPJS Kesehatan dalam pembayaran klaim menerapkan tarif paket diagnosis berdasar *Indonesian Case Base Group* atau INA CBG's.

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017, Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Adapun persyaratan yang harus dilengkapi secara administrasi oleh RSUD Bojonegoro dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan yaitu untuk pasien rawat jalan antara lain : *soft copy* iuran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit, *print out* iuran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit bukti pelayanan, rincian biaya tagihan, hasil pemeriksaan penunjang dan laporan tindakan. Sedangkan untuk persyaratan pasien rawat inap antara lain: Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Surat perintah rawat inap, *print out* iuran aplikasi pengajuan klaim, resume medis yang di tandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (yang selanjutnya disebut *DPJP*), rincian biaya tagihan dan bukti

pelayanan lain yang di tandatangani oleh DPJP misalnya laporan operasi, *protocol* terapi dan regimen, perincian tagihan rumah sakit serta berkas pendukung lain yang diperlukan.

Tahun 2016 sampai tahun 2018 meningkat rata-rata persentase pertumbuhan keterlambatan pengajuan klaim setiap tahunnya meningkat sebesar 55,83% yang berarti meningkatnya jumlah pasien berdampak pada keterlambatan pengajuan klaim juga meningkat, karena kemungkinan berkas klaimnya juga semakin banyak sedangkan petugas yang bertugas untuk mengelola klaim BPJS Kesehatan jumlahnya tetap.

Pengajuan klaim dilakukan di RSUD Bojonegoro kepada BPJS Kesehatan masih mengalami keterlambatan jauh dari tanggal yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan sesuai penjelasan di depan menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017, Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.

METODE

Penelitian ini termasuk kategori penelitian kualitatif deskriptif, maksudnya mencatat secara teliti segala gejala (fenomena) yang dilihat dan didengar serta dibacanya (via wawancara atau bukan, catatan lapangan, dokumen pribadi atau memo, dokumen resmi atau bukan, dan lain-lain). Dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada bulan Mei sampai bulan Juli 2019 dengan tempat penelitian di RSUD Bojonegoro yang terletak di Jalan Veteran Nomor 36 Bojonegoro. Adapun yang menjadi subyek penelitian adalah Kepala Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu, Kepala Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi, Petugas klaim pasien rawat inap. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, wawancara, Lembar Pengumpul Data (LPD) dan observasi atau pengamatan. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian kualitatif terdiri dari tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan/verifikasi.

HASIL

Berdasarkan data total IKK agregat untuk petugas instalasi PAT yaitu sebesar 67,2% yang termasuk dalam kategori baik, tetapi terdapat 3 variabel yang jumlah IKK nya berada dibawah total IKK agregat yaitu variabel pertama, kualitas supervisi oleh pimpinan dengan hasil perhitungan IKK sebesar 44 % yang berarti bahwa petugas pengelolaan klaim merasa kurang puas dengan kualitas supervisi oleh pimpinan. Variabel kedua yaitu kesempatan meningkatkan pengetahuan yang diukur dengan pelatihan yang diikuti oleh petugas klaim sesuai dengan tugas pokok jabatannya dengan hasil perhitungan IKK sebesar 48%. Dampak dari rumah sakit tidak memberikan pelatihan kepada petugas pengelolaan klaim yang sesuai dengan tugas pokok jabatannya yaitu pertama, akan berpotensi kurangnya pengetahuan dan keterampilan petugas pengelolaan klaim tentang hal-hal persyaratan, kriteria dan tatakelola pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Kedua, produktivitas kerja petugas

pengelolaan klaim tidak optimal dikarenakan setiap bulannya masih mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim ke kantor BPJS Kesehatan. Ketiga, berpotensi terjadinya kinerja yang tidak maksimal. Variabel ketiga yaitu kesempatan pengembangan karier dengan hasil perhitungan IKK sebesar 60% yang artinya petugas pengelolaan klaim merasa kurang puas dengan kesempatan pengembangan karier di RSUD Bojonegoro. Pengembangan karier dapat dilakukan berupa pendidikan/ pelatihan/ studi banding atau kegiatan lain yang dapat meningkatkan produktivitas pegawai sehingga dapat mencapai kinerja yang optimal.

Berdasarkan data berkas klaim petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas dengan rata-rata waktu penyelesaian per berkas setiap harinya untuk petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 2:02:54, petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 1:39:04, petugas koding membutuhkan waktu 2:30:13 dan untuk petugas entry data membutuhkan waktu selama 12:26:51 per berkas. Petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap bisa menyelesaikan berkas dalam sehari sebanyak 83 berkas/hari.

Setelah dihitung beban kerja per orang untuk petugas verifikator administrasi bisa menyelesaikan berkas klaim dalam sehari sebanyak 150 berkas dengan rata-rata penyelesaian per berkasnya selama 2 menit, untuk petugas verifikator medis bisa menyelesaikan berkas klaim dalam sehari sebanyak 300 berkas dengan rata-rata penyelesaian per berkasnya 1 menit, untuk petugas koding bisa menyelesaikan berkas klaim dalam sehari sebanyak 150 berkas dengan rata-rata penyelesaian per berkasnya selama 2 menit, dan untuk petugas entry data hanya bisa menyelesaikan berkas klaim sebanyak 25 berkas dalam sehari dengan rata-rata waktu penyelesaian per berkasnya 12 menit.

Dilihat dari kelengkapan persyaratan pengajuan klaim dari 100 berkas yang diteliti kelengkapan persyaratan pengajuan klaim terdapat 35 berkas yang tidak lengkap baik secara persyaratan administrasi maupun secara medis. Berkas ajuan klaim yang tidak lengkap dikembalikan kembali keruang perawatan untuk dilengkapi persyaratan yang kurang, setelah persyaratan berkas klaim sudah lengkap berkas diserahkan kembali ke instalasi PAT untuk diproses diajukan klaim kembali. Kembalinya berkas ke instalasi PAT rata-rata membutuhkan waktu kurang lebih selama 4 hari, dengan begitu dari variabel kelengkapan persyaratan pengajuan klaim berpotensi mempengaruhi keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bojonegoro.

Tabel 1. Prosentase tingkat pengembalian berkas pengajuan klaim dari BPJS Kesehatan ke RSUD Bojonegoro Tahun 2018

| Bulan | Jml berkas diklaim | Jml berkas dikembalikan | berkas(%) pengembalian | tingkat Layak | Tidak Layak |
|-------|--------------------|-------------------------|------------------------|---------------|-------------|
|-------|--------------------|-------------------------|------------------------|---------------|-------------|

| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
|-----------|--------|-----|-------|-----|-------|
| Januari | 897 | 6 | 0,66 | 1 | 0B5 |
| Februari | 856 | 3 | 0,35 | 3 | 1B0 |
| Maret | 1004 | 63 | 6,27 | 63 | 2B0 |
| April | 1015 | 69 | 6,79 | 69 | 3B0 |
| Mei | 996 | 30 | 3,01 | 30 | 4B0 |
| Juni | 817 | 17 | 2,08 | 17 | 5B0 |
| Juli | 1039 | 21 | 2,02 | 20 | 6B1 |
| Agustus | 999 | 31 | 3,10 | 31 | 7B0 |
| September | 954 | 20 | 2,09 | 19 | 8B1 |
| Oktober | 961 | 30 | 3,12 | 23 | 9B7 |
| November | 870 | 22 | 2,52 | 18 | 10B4 |
| Desember | 938 | 18 | 1,92 | 16 | 11B2 |
| Total | 11.346 | 330 | 33,93 | 310 | 12B20 |

Berdasarkan tabel 1 diketahui prosentase tingkat pengembalian berkas pengajuan klaim dari BPJS Kesehatan ke RSUD Bojonegoro tahun 2018 sebesar 33,93% dengan jumlah berkas yang diklaimkan sebanyak 11.346 berkas dan dikembalikan ke RSUD Bojonegoro sebanyak 330 berkas. Berkas yang sudah dilengkapi persyaratan yang kurang atau sudah layak diklaimkan kembali ke BPJS Kesehatan sebanyak 310 berkas dan dengan 20 berkas klaim yang tidak layak atau gagal klaim, jika rumah sakit setiap tahunnya masih terdapat berkas klaim yang gagal untuk diklaimkan maka rumah sakit akan mengalami kerugian setiap tahunnya.

Dilihat dari jumlah dan kompetensi petugas klaim klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan mulai dari verifikator berkas secara administrasi sampai klaim diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan yaitu sebanyak 5 orang petugas mulai dari proses verifikasi berkas secara administrasi sampai klaim diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan. Lima orang tersebut dibagi menjadi satu orang verifikasi berkas secara administrasi, satu orang verifikasi berkas secara medis, satu orang dibagian perkodingan, satu orang dibagian entry data setelah berkas dikoding oleh petugas koder, satu orang bagian verifikator seluruh data klaim setelah dari bagian Instalasi PAT dan membuat berita acara verifikasi pengajuan klaim yaitu Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi.

Kompetensi petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yaitu pemahaman, karakteristik petugas klaim dan beberapa wawasan yang diketahui oleh petugas klaim. dari 5 petugas pengelolaan klaim yang saya beri kuesioner

menyatakan dua orang diantaranya pada bagian koding dan sub bagian verifikasi dan akuntansi pernah mengikuti pelatihan dalam setahun.

Pelatihan tersebut yaitu tentang teknis E-klaim INA-CBG's, penguatan tenaga koder dan sosialisasi regulasi JKN, pelatihan klasifikasi dan kondifikasi diagnosis dan tindakan, sedangkan untuk sub bagian verifikasi dan akuntansi pernah mengikuti pelatihan Sosialisasi SPI Rumah Sakit dan Pengumpulan Data *Costing* Dalam Rangka Updating Tarif INA-CBG's 2018 Serta Peran *Coding* Dalam Upaya Pencegahan *Fraud* dan dari tiga orang petugas pengelolaan klaim yaitu bagian verifikasi berkas secara administrasi, verifikasi berkas secara medis dan petugas *entry* data setelah berkas di *coding* menyatakan tidak pernah mengikuti pelatihan yang sesuai dengan bidang kerjanya.

Pendidikan dan lama bekerja dari petugas klaim tersebut yaitu bagian verifikasi berkas secara administrasi S1 Psikologi dan sudah bekerja selama 14 tahun sebagai verifikator berkas secara administrasi, bagian verifikasi berkas secara medis S. Kep, Ners dan sudah bekerja selama 2 tahun sebagai verifikasi berkas secara medis, bagian koding D3 Perekam Medis Kesehatan dan sudah bekerja selama 10 tahun, bagian entry data D3 Kesehatan Lingkungan sudah bekerja selama 5 tahun, dan bagian verifikasi dan akuntansi S2 Manajemen sudah bekerja selama 8 tahun.

PEMBAHASAN

Pemberdayaan organisasi menurut teori Kanter terdiri dari dua komponen utama yaitu *opportunity*, berkaitan dengan pertumbuhan, mobilitas dan kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan staf dan komponen kedua yaitu *structure of power*, meliputi kemampuan akses dan mobilisasi sumberdaya organisasi, kemudahan akses informasi, dukungan pedoman/SPO, supervisi oleh pimpinan dan umpan balik yang efektif.

Berdasarkan teori Kanter tentang pemberdayaan organisasi hasil pengukuran IKK Instalasi PAT tercapai 67,2% yang termasuk dalam kategori baik. tetapi terdapat 3 variabel yang jumlah IKK nya berada dibawah total agregat yaitu variabel pertama, kualitas supervisi oleh pimpinan dengan hasil perhitungan IKK sebesar 44%. Variabel ke dua yaitu kesempatan meningkatkan pengetahuan yang diukur dengan pelatihan yang di ikuti oleh petugas klaim sesuai dengan tugas pokok jabatannya dengan hasil perhitungan IKK sebesar 48%. Variabel ke tiga yaitu kesempatan pengembangan karier dengan hasil perhitungan IKK sebesar 60%.

Dilihat dari waktu penyelesaian 1 berkas klaim petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas dengan rata-rata waktu penyelesaian per berkas setiap harinya untuk petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 2:02:54, petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 1:39:04, petugas koding membutuhkan waktu 2:30:13 dan untuk petugas entry data membutuhkan waktu selama 12:26:51 per berkas. Berdasarkan dari hasil perhitungan jam kerja petugas pengelolaan klaim bisa menyelesaikan berkas sebanyak 83 berkas setiap harinya

Dari kelengkapan persyaratan berkas klaim terdapat 35% berkas klaim tidak lengkap diantaranya terdiri dari 13% berkas persyaratan pengajuan klaim secara administrasi tidak lengkap dan 22% berkas persyaratan pengajuan klaim secara medis tidak lengkap. Berkas yang tidak lengkap tersebut dikembalikan kembali ke ruang perawatan oleh instalasi PAT untuk dilengkapi kembali persyaratan berkas yang kurang. Kembalinya berkas ke Instalasi PAT rata-rata membutuhkan waktu selama kurang lebih 4 hari.

Jumlah petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di nilai masih belum tercukupi karena jumlah berkas yang diklaim pada tahun 2018 mengalami peningkatan dari tahun 2017 sedangkan petugas pengelola klaimnya tetap, sehingga tidak efektif dalam proses pengelolannya. Dilihat dari hari keterlambatan pengajuan klaim yang mengalami peningkatan juga pada tahun 2018 yang sampai 50 hari sedangkan menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional pasal 24 ayat 1, Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.

Masih terdapat beberapa petugas pengelolaan klaim yang belum mengikuti pelatihan yang sesuai dengan jabatannya, karena jika petugas pengelolaan klaim memperoleh pelatihan yang sesuai dengan tugas pokok jabatannya, maka mereka akan bisa meningkatkan kemampuan mereka dalam bekerja sehingga perlu adanya evaluasi ke pada pihak manajemen untuk lebih meningkatkan pelatihan yang dapat diikuti oleh semua karyawan, khususnya kepada petugas pengelolaan klaim yang belum pernah dilatih sesuai dengan jabatannya, sehingga dapat meningkatkan keterampilan dan keahlian dimasing-masing bidangnya.

SIMPULAN

35% kelengkapan persyaratan berkas klaim yang tidak lengkap baik secara persyaratan administrasi maupun secara medis dan sebanyak 65 % persyaratan pengajuan berkas klaim lengkap. Rata-rata pengembalian berkas ke Instalasi PAT membutuhkan waktu kurang lebih selama 4 hari dan perlu dilakukan pengecekan ulang terhadap persyaratan-persyaratan berkas pengajuan klaim baik persyaratan administrasi maupun medis oleh petugas ruangan perawatan sebelum berkas tersebut diserahkan ke Instalasi PAT untuk meminimalisir angka keterlambatan pengajuan klaim.

Waktu penyelesaian 1 berkas klaim petugas verifikasi administrasi sampai berkas di entry membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas. Tingkat produktivitas di instalasi PAT petugas pengelolaan klaim dapat menyelesaikan berkas sebanyak 83 berkas/hari. Dengan demikian atasan / Kepala Instalasi PAT dapat langsung menetapkan standar/target kinerja penyelesaian berkas per petugas dan membuat perjanjian kinerja sesuai dengan waktu penyelesaian 1 berkas klaim yang membutuhkan waktu 18 menit.

Jumlah sumber daya manusia petugas pengelolaan klaim, dinilai masih belum tercukupi karena jumlah petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap hanya berjumlah 5 orang sedangkan berkas klaim yang diajukan sebanyak 11.346 berkas pada tahun 2018 dan sebanyak 10.644 berkas pada tahun 2017 itu yang menyebabkan beban kerja yang diterima banyak. Dilihat dari segi kompetensi dinilai masih kurang karena masih ada beberapa petugas klaim yang masih belum mengikuti pelatihan yang sesuai dengan jabatannya dan perlu adanya evaluasi ke pada pihak manajemen untuk lebih meningkatkan pelatihan yang dapat diikuti oleh semua karyawan, khususnya kepada petugas pengelolaan klaim yang belum pernah dilatih sesuai dengan jabatannya.

UCAPAN TERIMAKASIH

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada Bapak Karjono, SKM., SIP., MARS selaku Pembimbing/Penguji dengan segala kesibukannya masih meluangkan waktu untuk penulis dalam memberikan bimbingan, arahan, sarandan dukungan yang diperlukan dalam perbaikan laporan skripsi ini, kepada Ibu Sendy Ayu Mitra Uktutias, S.ST., M.Kes selaku penguji 2 dan kepada Ibu Siti Koidatun, SE., MM selaku penguji 3 yang sudah membantu penulis untuk mendapatkan informasi dalam penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

Azrul, A., 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. s.I.:Binarupa Aksara.

BPJS. 2017. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. No. 23. Jakarta : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Ekawati, Dianti, 2012. *Pengaruh Pemberdayaan Struktural Terhadap Kepuasan Kerja Perawat RSUD Bhakti Asih Dengan Pemberdayaan Psikologis Sebagai Variabel Antara*. Skripsi. Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia.

Pemerintah Indonesia. 2004. *Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Lembaran RI Tahun 2004. No. 3. Jakarta :Sekretariat Negara

Pemerintah Indonesia. 2009. *Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Lembaran RI Tahun 2009. No. 2. Jakarta : Sekretariat Negara

Pemerintah Indonesia. 2009. *Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Lembaran RI Tahun 2009. No. 2. Jakarta : Sekretariat Negara

Pemerintah Indonesia. 2011. *Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. No. 2. Jakarta : Sekretariat Negara

Permata., H. & Mila., F., 2016. *Asuransi Konvensional, Syari'ah dan BPJS*. Yogyakarta: Parama Publishing.

Sugiyono, 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: PT. Alfabeta.

Sugiyono, *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitati, Kualitatif, dan R&D)*, (Bandung: Alfabeta, 2013), hal. 15

Lampiran 3 Jurnal 3

J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan

E-ISSN: 2721-866X

Vol. 1 No. 4, September 2020

TINJAUAN KETERLAMBATAN KLAIM BERKAS BPJSRAWAT INAP DI RSUP DR. HASAN SADIKIN

Lutfiatun Nadibah Herman^{1*}, Sustin Farlinda², Efri Tri Ardianto³, Agus Setiawan Abdurachman S.AP Amd Kes⁴

Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, Indonesia,^{1,2,3} RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung⁴

**e-mail: lutfianadin13@gmail.com*

Abstrak

Pelaksanaan program JKN di rumah sakit adalah sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan yang bekerja sama dengan Badan Pelaksana Jaminan Kesehatan (BPJS) untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan menggunakan sistem pembayaran secara prospektif. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan diketahui bahwa berkas klaim rawat inap mengalami keterlambatan klaim sebanyak 11.38%. Hal ini tidak sesuai dengan standar rumah sakit yaitu klaim BPJS harus terklaim 100%. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang jelas tentang penyebab keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dengan menggunakan unsur manajemen 5M. Jenis penelitian ini adalah kualitatif deskriptif dengan memaparkan hasil dari wawancara dan observasi yang telah dilakukan dibandingkan dengan teori yang ada. Hasil yang didapatkan dari penelitian ini yaitu petugas masih merasa kesulitan dalam membaca diagnosa dan tindakan pasiendikarenakan penulisan dokter yang sulit terbaca, tidak tepatnya pemberian kode diagnosa dan tindakan karena perbedaan persepsi antara koder dan dokter, tidak lengkapnya berkas klaim seperti hasil pemeriksaan penunjang pasien. tidak terdapat SOP yang mengatur kelengkapan persyaratan klaim BPJS rawat inap, komputer yang digunakan dalam proses pengajuan klaim sering mengalami loading lama dan sering mengalami gangguan jaringan dapat menyebabkan keterlambatan klaim, karena dapat menurunkinerja petugas. Menyikapi faktor-faktor tersebut maka perlu dilakukannya pembuatan SOP kelengkapan berkas klaim, mengadakan pelatihan khususnya tentang pengkodingan JKN minimal 1 kali

dalam setahun serta melakukan maintenance terhadap komputer minimal 1 kali dalam sebulan.

Kata Kunci: JKN, Keterlambatan klaim, rawat inap, unsur 5M

Abstract

The implementation of the National Health Insurance program in hospitals as referral Health Service Provider in collaborate with the Indonesia Health Insurance Implementing Agency to provided public health services by using a prospective payment system. Based on preliminary study, it known the inpatient claim file had delayed as much 11.38%. It's not according to hospital standards that claimed should be 100%. This research aimed to provided a preview the causing factors of delayed inpatient claims at RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung based on 5M management elements. This research was descriptive qualitative with expose the results of interviews and observations that had been done in comparison of the theories available. The results showed that the officers still found difficulties to read the diagnosis and the patient's actions due to doctor's handwriting difficult to read, incorrect diagnosis codes and actions due to differences in perception between the coder and the doctor, incomplete claimed files such as the result of the patient's supporting examination. There was no standard operational procedure as regulation of inpatient BPJS claimed requirements, computers that been used in the process of filing claims often experiencing long loading and often experiencing network disruptions so it could reduce the performance of officers. In response to those factors, it needs to make a standar operational procedure for completing claim files, to conduct training specifically about National Health Insurance coding at least once a year and doing maintenance on the computer at least once a month.

Keywords: National Health Insurance, delayed claims, inpatient, 5M element

Pendahuluan

Rumah Sakit sebagai fasilitas penyedia pelayanan kesehatan tingkat lanjut bertujuan untuk menyediakan pelayanan kesehatan baik secara promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Salah satu bentuk upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan menyelenggarakan program JKN menggunakan sistem pembayaran secara prospektif berdasarkan pada satuan per diagnosis pelayanan medis atau non medis yaitu *Indonesia Case Base Group* (INA-CBG's) (Thabrany, 2015). Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS setiap bulannya (Valentina & Halawa, 2018). Para Profesional Pemberi Asuhan (PPA) berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan

penggantian biaya perawatan pasien sesuai dengan tarif INA- CBG's (Susan, dkk., 2016).

Verifikator BPJS melakukan verifikasi berkas klaim sebelum diajukan oleh fasilitas kesehatan dengan tujuan untuk menguji kebenaran dan kelengkapan administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2014). Leonard (2016) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa berkas klaim yang mengalami *pending* disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas rekam medis dan ketidaktepatan penulisan kode diagnosis maupun tindakan. Ketidaktepatan penulisan kode tersebut disebabkan adanya perbedaan persepsi antara koder dari rumah sakit dengan petugas verifikator BPJS. Hal ini dapat mempengaruhi penentuan besaran tarif klaim yang dapat mengakibatkan ketidakakuratan pembiayaan tarif INA-CBG's (Huffman, 1994).

Studi pendahuluan yang dilakukan di unit *casemix* RSHS Bandung, diperoleh data yang menunjukkan bahwa berkas klaim pasien rawat inap yang mengalami keterlambatan. Berikut merupakan data keterlambatan klaim BPJS rawat inap yang dapat dilihat pada tabel 1:

Tabel 1. Jumlah berkas klaim pasien rawat inap yang mengalami keterlambatan

| No. | Bulan | Jumlah klaim yang diajukan | Jumlah Klaim Pending | Persentase |
|-------|----------|----------------------------|----------------------|------------|
| 1. | Januari | 2844 berkas | 499 berkas | 15% |
| 2. | Februari | 2681 berkas | 389 berkas | 12,7% |
| 3. | Maret | 2561 berkas | 151 berkas | 6% |
| Total | | 8086 berkas | 1039 berkas | 11,38% |

Tabel 1 menunjukkan data klaim keterlambatan pada bulan Januari, Februari dan Maret tahun 2020 di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Keterlambatan klaim mengalami penurunan setiap bulannya. Pada bulan Januari jumlah berkas yang terlambat untuk diklaimkan adalah 15% dan pada bulan Februari yaitu 12,7%. Hal tersebut disebabkan oleh ketidaklengkapan isi berkas rekam medis rawat inap. Keterlambatan pengklaiman ini tidak sesuai dengan standar rumah sakit yaitu klaim BPJS harus terklaim 100%. Berkas BPJS rawat inap yang terlambat diklaimkan berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS ke rumah sakit yang dapat menyebabkan kerugian keuangan yang cukup besar kepada rumah sakit, sehingga pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya terhambat. Dampak lain dari keterlambatan klaim yaitu beban kerja petugas koder di bagian *casemix* rawat inap menjadi bertambah karena harus merevisi klaim yang terlambat dikirimkan tiap bulannya (Sulaimana, 2017).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di unit *casemix* Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) Bandung bahwa adanya perbedaan persepsi antara koder dan

petugas verifikator dalam memberikan kode diagnosa maupun tindakan menyebabkan berkas mengalami keterlambatan klaim karena ketidaktepatan kode diagnosa. Perekam medis perlu diasah keterampilan dalam mengkodekan melalui pelatihan terkait koding agar menghasilkan koding yang tepat (Indrawaraswanti, 2017). Administrasi berkas klaim di RSHS Bandung sering tidak lengkap, berkas yang sering tidak terlampir dan tidak lengkap adalah resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, laporan operasi, asuhan gizi sehingga berkas klaim mengalami *pending*. Menurut Kusairi (2013) dalam penelitiannya penyebab pengembalian berkas klaim pasien peserta JKN di instalasi rawat jalan RSUD Pontianak disebabkan masalah administrasi berkas pasien dan tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang atau berkas pendukung lainnya.

SOP pengkodean klaim yang ada di RSHS Bandung sesuai dengan sistem INA-CBG's namun sudah memasuki masa *expired* sehingga perlu dilakukan pembaruan dan tidak memiliki SOP kelengkapan berkas klaim. Menurut Indrawaraswanti (2017) dalam penelitiannya belum adanya SOP penentuan kode membuat petugas merasa tidak berkewajiban untuk melakukan pengkodean dan melengkapi berkas klaim. Teknologi penunjang yaitu komputer dan jaringan internet yang digunakan untuk proses pengklaiman sering mengalami *error system* dan *loading* lama sehingga dapat memperlambat proses klaim BPJS. Keterlambatan pengajuan klaim akan berdampak pada terhambatnya kegiatan operasional rumah sakit seperti tertundanya ketersediaan obat, ketersediaan alat medis, dan pembayaran insentif pegawai sehingga dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit (Harnanti, 2018). Penelitian mengenai penyebab keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung diteliti berdasarkan unsur manajemen 5M yaitu *man, money, method, machine, dan material* dengan tujuan untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai kejadian keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap di lapangan dengan teori yang ada.

Metode Penelitian

Jenis/desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Penelitian ini mendeskripsikan keadaan pada saat penelitian dengan tujuan memberikan gambaran yang jelas tentang penyebab keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung berdasarkan unsur manajemen 5M yaitu *man, money, methode, machine, dan material*.

Subjek Penelitian

Subjek yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 3 orang yaitu petugas koding JKN rawat inap dan kepala sub instalasi koding klaim JKN rawat inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah menggunakan wawancara tidak terstruktur dan observasi pada saat penelitian. Pengambilan data dilakukan pada bulan Februari - Maret 2020.

Metode Analisis Data

Penelitian ini menggunakan teknik analisis kualitatif dengan memaparkan hasil dari wawancara dan observasi yang telah dilakukan oleh peneliti dibandingkan dengan teori yang ada.

Hasil dan Pembahasan

Identifikasi Unsur *Man* Penyebab Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap diRSUP Dr. Hasan Sadikin

Faktor *man* dalam penelitian ini yaitu mengidentifikasi berdasarkan faktor masa kerja petugas dan pelatihan petugas. Masa kerja petugas koding dan klaim JKN cukup lama sekitar 4-7 tahun. Penambahan pengalaman kerja akan meningkatkan produktivitas kerja petugas (Ratnaningsih, 2013). Tulisan dokter yang tidak jelas dan tidak dapat terbaca menyebabkan petugas koding merasa kesulitan saat menentukan kode diagnosa maupun tindakan. Tidak terisinya diagnosa atau tindakan medis pada kolom yang telah disediakan, menyebabkan petugas harus menelfon perawat poli atau dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang bersangkutan langsung untuk mengkonfirmasi diagnosa yang tepat. Selain itu, adanya perbedaan persepsi antara koder rumah sakit dengan verifikator dari BPJS menyebabkan terjadinya keterlambatan pengklaiman. Sejalan dengan hasil penelitian Leonard (2016), ketepatan dan kelengkapan diagnosis bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalani praktik kedokteran wajib mengisi rekam medis. Diagnosa dan tindakan yang ditulis oleh dokter harus jelas dan terperinci, menghindari penggunaan singkatan dan memastikan semua catatan pasien telah disahkan, karena untuk *reimbursement* biaya pasien membutuhkan dokumentasi catatan dari dokter. Upaya yang perlu dilakukan berkaitan dengan pengetahuan petugas yang sulit membaca tulisan dokter maka perlu diadakan sosialisasi tentang kodefikasi berkas klaim yang diikuti oleh para koder klaim, verifikator BPJS dan dokter poli spesialis atau yang bersangkutan. Selain itu petugas koder juga perlu mengikuti pelatihan maupun seminar tentang kodefikasi untuk meningkatkan pengetahuannya.

Identifikasi Unsur *Machine* Penyebab Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap diRSUP Dr.Hasan Sadikin

Variabel *machine* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sarana yang digunakan di unit kerja rekam medis dalam melakukan kegiatan proses pengklaiman BPJS, seperti contohnya adalah penyediaan komputer. Jaringan komputer di ruang *casemix* terkadang mengalami *error* yang dapat menghambat pekerjaan petugas klaim BPJS rawat inap karena aplikasi yang digunakan sebagai penunjang dalam pengklaiman seperti IRI, LAB dan INA-CBG's tidak dapat diakses. Menurut Indrawaraswanti (2017) dalam penelitiannya, bahwa teknologi digunakan untuk memudahkan petugas dalam melaksanakan pekerjaannya, namun yang terjadi RS X teknologi yang ada tidak *user friendly* sehingga membuat petugas susah dalam menggunakannya. Komputer di ruang *casemix* perlu dilakukan *upgrade* agar tidak lamban dan *loading* lama pada saat digunakan untuk proses pengklaiman BPJS. Jaringan internet perlu dilakukan perbaikan secara berkala untuk menghindari sering terjadinya *error system* pada aplikasi penunjang dan aplikasi INA CBG's.

Identifikasi Unsur *Method* Penyebab Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin

Variabel metode yang dimaksud dalam penelitian ini merujuk pada SOP atau pedoman kerja yang digunakan dalam pelaksanaan pengkodean klaim berkas BPJS rawat inap. Hasil observasi di ruang *casemix* RSHS Bandung, terdapat SOP tentang pengkodean diagnosa dan tindakan yang sesuai dengan sistem INA-CBGs namun telah *expired* sehingga tidak dapat digunakan lagi. Regulasi yang diterapkan di unit *casemix* saat ini masih menggunakan SOP pengkodean secara umum. Tidak adanya SOP mempengaruhi berjalannya komunikasi yang efektif (Deharja, dkk., 2019). Hal ini juga sejalan dengan penelitian Leonard (2016), SOP yang ada di RSUP Dr. M. Djamil Padang belum mengatur tentang pemberian kode diagnosis sesuai dengan sistem INA-CBGs. Selain itu, belum adanya SOP yang mengatur kelengkapan berkas klaim rawat inap dapat menghambat proses pengajuan klaim. Artanto (2016) menyebutkan bahwa penyetoran klaim dilakukan sesuai tanggal kejadian ke BPJS Kesehatan, baik lengkap atau tidak lengkap. Ketidakeengkapan berkas klaim dapat menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim, hal ini juga terjadi di ruang *casemix* RSHS Bandung bahwa terdapat beberapa berkas mengalami keterlambatan pengklaiman yang disebabkan adanya berkas yang tidak lengkap seperti laporan hasil pemeriksaan penunjang, asuhan gizi, laporan operasi. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Syamarta (2014), RSUD Dr. Adnaan WD Payakumbuh tidak memiliki pedoman atau Standart Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur kelengkapan berkas klaim. Penyebab keterlambatan klaim di bagian unit *casemix* RSHS Bandung salah satunya dikarenakan tidak mempunyai SOP yang mengatur tentang kelengkapan berkas klaim.

Identifikasi Unsur *Money* Penyebab Keterlambatan Klaim Berkas Identifikasi Unsur *Machine* Penyebab Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin

Variabel *machine* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sarana yang digunakan di unit kerja rekam medis dalam melakukan kegiatan proses pengklaiman BPJS, seperti contohnya adalah penyediaan komputer. Jaringan komputer di ruang *casemix* terkadang mengalami *error* yang dapat menghambat pekerjaan petugas klaim BPJS rawat inap karena aplikasi yang digunakan sebagai penunjang dalam pengklaiman seperti IRI, LAB dan INA-CBG's tidak dapat diakses. Menurut Indrawaraswanti (2017) dalam penelitiannya, bahwa teknologi digunakan untuk memudahkan petugas dalam melaksanakan pekerjaannya, namun yang terjadi RS X teknologi yang ada tidak *user friendly* sehingga membuat petugas susah dalam menggunakannya. Komputer di ruang *casemix* perlu dilakukan *upgrade* agar tidak lamban dan *loading* lama pada saat digunakan untuk proses pengklaiman BPJS. Jaringan internet perlu dilakukan perbaikan secara berkala untuk menghindari sering terjadinya *error system* pada aplikasi penunjang dan aplikasi INA CBG's.

Identifikasi Unsur *Material* Penyebab Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin

Variabel *material* yang dimaksud dalam penelitian ini merujuk pada kelengkapan formulir berkas rekam medis rawat inap yang merupakan syarat yang perlu diperhatikan pada saat pengiriman klaim ke pihak BPJS. Penelitian Nurdiyanti, dkk., (2017), menyatakan bahwa kelengkapan formulir pada berkas klaim merupakan bagian penting dan harus diperhatikan dalam proses pengklaiman. Kelengkapan persyaratan berkas klaim merupakan salah satu syarat diterimanya pengajuan klaim. Berkas klaim yang lengkap terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis/laporan status pasien/keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan, bukti pelayanan seperti hasil pemeriksaan penunjang, *protocol* terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit (manual atau *automatic billing*), dan berkas pendukung lain yang diperlukan (Apriliyanti, 2019). Fakta yang terdapat di bagian *casemix* RSHS Bandung bahwa masih terdapat berkas klaim yang tidak lengkap dan tidak tercantum dalam berkas klaim BPJS rawat inap. Berkas yang sering tidak tercantum diantaranya adalah berkas hasil pemeriksaan penunjang. Namun petugas tidak perlu melengkapinya, karena yang akan melengkapi adalah petugas satgas. Petugas koder di *casemix* hanya menuliskan note kecil di bagian depan berkas rawat inap. Jika berkas klaim yang diajukan tidak lengkap, maka akan berdampak pada pengembalian berkas klaim sehingga menghambat pembayaran dari BPJS ke rumah sakit.

Simpulan dan Saran

Simpulan

Berdasarkan hasil analisis faktor *man*, dapat disimpulkan bahwa pelatihan berpengaruh terhadap keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap. Ilmu koding

dan peraturan koding BPJS mengalami pembaharuan, maka pelatihan dilakukan untuk semua petugas berkas rawat inap di unit casemix.

Berdasarkan hasil analisis faktor *machine* tidak berpengaruh terhadap terjadinya keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap, namun perlu dilakukan pemeliharaan secara berkala terhadap komputer dan jaringan minimal satu bulan sekali.

Berdasarkan hasil analisis faktor *methode* dapat disimpulkan bahwa belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur tentang kelengkapan klaim berkas BPJS.

Berdasarkan hasil analisis faktor *money* dapat disimpulkan bahwa *reward* dan *punishment* berpengaruh terhadap keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap karena dapat meningkatkan kinerja yang dimiliki petugas.

Berdasarkan hasil analisis faktor *material* dapat disimpulkan bahwa masih terdapat berkas yang tidak lengkap terutama pada lembar resume medis dan tidak terlampirnya bukti pemeriksaan penunjang. Ketidakeengkapan berkas klaim menyebabkan klaim mengalami keterlambatan.

Saran

Kepala instalasi rekam medis perlu mengadakan pertemuan rutin antara koder dengan DPJP, dan verifikator BPJS untuk menyamakan persepsi tentang diagnosis dan kode tindakan.

Kepala sub instalasi klaim RI perlu mengajukan usulan untuk *maintenance* komputer untuk meningkatkan kinerja petugas klaim BPJS rawat inap.

Kepala sub instalasi klaim RI perlu mengajukan pembuatan SOP tentang kelengkapan klaim berkas BPJS rawat inap untuk meminimalisir terjadinya keterlambatan yang disebabkan oleh ketidakeengkapan berkas klaim.

Kepala instalasi rekam medis perlu memberikan *reward* tepat waktu dan *punishment* sesuai pelanggaran yang bersifat adil guna meningkatkan kinerja petugas klaim BPJS rawat inap.

Kepala instalasi rekam medis perlu mengadakan kegiatan pelatihan khususnya tentang pengkodean di era JKN minimal 1 atau 2 kali dalam setahun, baik pelatihan intern maupun ekstern guna meningkatkan kinerja petugas klaim BPJS rawat inap.

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan analisis terkait penyebab keterlambatan klaim BPJS rawat inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dengan teori atau metode lain yang lebih baik.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang telah memberikan izin untuk melakukan pengambilan data. Selain itu, disampaikan terimakasih juga kepada para responden yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk diwawancara.

Daftar Pustaka

Apriliyanti, E. E. 2019. *Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Rawat Jalan di RSUD Haji Surabaya*. Politeknik Negeri Jember. [27 Juni 2020]

Artanto, A. 2016. Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr . *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, vol 4, no 2, hal 122–134. Retrieved from <http://journal.fkm.ui.ac.id/ars/article/view/2564> [29 Maret 2020]

Deharja, A., dkk. 2019. Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Jurnal Kesmas Indonesia*, vol 11, no 1, hal 24–35.

Retrieved from <http://jos.unsoed.ac.id/index.php/kesmasindo/article/view/1314>. [3 April 2020]

Harnanti, E. A. 2018. *Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit UNS*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Huffman, E. K. 1994. *Health Information Management*. Illions: Physicians Record Company. Indrawaraswanti, M. 2017. *Analisis faktor-faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim*

BPJS Kesehatan di RS Perkebunan PTPN X Jember. Jember.

Kemenkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kusairi, M. 2013. *Faktor-faktor yang mempengaruhi Kelengkapan Berkas Klaim Pasien Jamkesmas di RSUD Brigjend. H. Hasan Basry Kandungan*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada. [29 Maret 2020]

Leonard, D. 2016. Pengorganisasian Klaim Pelayanan Pasien JKN Di RSUD Dr M Djamil Padang. *Menara Ilmu*, vol X, no 72, hal 168–177. Retrieved from <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menarailmu/article/view/34>. [1 April 2020]

Lewiani, N., Lisnawaty and Akifah. 2017. Proses Pengelolaan Klaim Pasien BPJS Unit Rawat Inap Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, vol 2, no 6, hal 1–16. Retrieved from <http://ojs.uho.ac.id/index.php/JIMKESMAS/article/download/2940/2195>. [29 Maret 2020]

Nurdiyanti, P., Majid, R. and Rezal, F. 2017. Studi Proses Pengklaiman Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, vol 2, no 7, hal 1–14.

Retrieved from
ojs.uho.ac.id/index.php/JIMKESMAS/article/download/3433/2588. 2588 [1
April 2020]

Octaviani, O. 2016. Metode Time Management Terhadap Waktu Tunggu Pasien diBagian LokerPendaftaran di Puskesmas Bandaharjo Semarang. Retrieved from <http://eprints.dinus.ac.id/id/eprint/17918> [3 April 2020]

Lampiran 4 Jurnal 4

Media Kesehatan Masyarakat

ISSN 2772-0265

Vol 2, No 2, 2020, Hal. 1-14

<https://ejurnal.undana.ac.id/MKM>

<https://doi.org/10.35508/mkm>

FAKTOR PENYEBAB KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM PASIEN BPJS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOE

Honcy Ernesta Nomeni¹, Rina Waty Sirait², Yoseph Kenjam³

¹ *Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana*

²⁻³ *Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, FKM Universitas Nusa Cendana*

*Korespondensi: honcyernestanomeni@gmail.com

Abstract

Problems commonly found in submitting insurance claims are incomplete documents, follow-up claims, the mismatch of the rates submitted by the hospital with the INA-CBGs rates or those paid by BPJS Kesehatan, irregularities in the coding of disease diagnoses, and the delay in claiming payments by BPJS Kesehatan. Based on the preliminary study at Soe Public Hospital in October 2019, there were still several administrative problems in submitting claims for JKN program. It was proven by the fact that there were still patients with JKN who did not bring a copy of their BPJS Kesehatan cards and the referral letter determined by BPJS Kesehatan when registering for a treatment. The aim of this study is to determine the factors causing the delay in submitting claims for inpatients with BPJS at Soe Public Hospital in 2020. This was a qualitative descriptive study. The population in this study was staff who are directly involved in the insurance claiming process. The sample was selected using purposive sampling technique that consisted of one assembling staff, one coding staff, two internal verifiers and one BPJS Kesehatan verifier. The results of the study indicated that the process of submitting claims for patients with BPJS Kesehatan by Soe Public Hospital did not carry out in a comprehensive and integrated manner because of incomplete medical record status, lack of coordination and teamwork between staff who record medical status that involves assembling staff, coding staff, and hospital verifier. This made a delay in submitting claims for inpatients with BPJS Kesehatan. There were also other obstacles found in the process of submitting claims for inpatients with BPJS Kesehatan at Soe Public Hospital. It is suggested that hospital managers need to evaluate staff who are responsible for submitting claims for inpatients with BPJS Kesehatan regularly and to assess the strengths and weaknesses of each staff.

Keywords: Submission, Claim, BPJS Kesehatan.

Abstrak

Masalah yang lazim ditemukan dalam pelaksanaan prosedur klaim adalah permasalahan berkas klaim, banyaknya klaim susulan, ketidaksesuaian tarif yang diajukan rumah sakit dengan tarif INA-CBG's atau yang dibayarkan BPJS kesehatan, kejanggalan pengkodean diagnosis penyakit, dan keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan. Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Soe bulan Oktober Tahun 2019 program JKN masih terdapat beberapa kendala dalam proses administrasi pengajuan klaim. Terbukti dengan masih adanya pasien JKN yang pada saat mendaftar untuk berobat tidak membawa foto copy kartu BPJS dan surat rujukan yang telah ditentukan oleh BPJS. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe Tahun 2020. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif. Populasi dalam penelitian ini yaitu petugas yang terlibat secara langsung dalam proses klaim. Sampel menggunakan informan yang ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu berjumlah satu orang petugas *assembling*, satu orang petugas *coding*, dua orang petugas verifikator internal dan satu orang petugas verifikator BPJS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan oleh RSUD Soe belum dilakukan secara menyeluruh dan terpadu karena disebabkan oleh kelengkapan pengisian dan pencatatan pada status rekam medis untuk kelengkapan dokumen klaim diserahkan kepada petugas rekam medis tidak lengkap, tidak terjalin koordinasi dan kerja tim antara petugas rekam medik baik itu dari petugas *assembling*, pengkodean, dan petugas verifikator rumah sakit sehingga terjadi keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS kesehatan dan juga masih banyak kendala yang ditemukan dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS kesehatan di RSUD Soe. Saran Diharapkan untuk melakukan kegiatan evaluasi yang berkala kepada petugas yang memiliki tanggung jawab pada proses pengajuan klaim pasien BPJS, pihak rumah sakit harus bisa mengukur kelebihan dan kekurangan setiap petugas yang ada.

Kata kunci: Pengajuan, Klaim dan BPJS Kesehatan.

Pendahuluan

Di Indonesia pemerintah sudah menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan JKN. Sistem ini dikelola oleh suatu badan yang ditetapkan oleh undang-undang yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan dibagi menjadi dua yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar

hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Kepesertaan BPJS dibedakan menjadi peserta BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan bukan peserta BPJSPBI.¹

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 1 tentang BPJS menyatakan bahwa Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial.² Hal ini mempunyai dampak perubahan pembayaran klaim BPJS Kesehatan, yang dibayarkandengan sistem paket Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) dan di luar paket Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) (Kemenkes, 2014). Dengan sistem tersebut rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien dan keluarganya. Berdasarkan perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit Umum Daerah Soe dan BPJS, pengajuan klaim dilaksanakan setiap tanggal 10 bulan berikutnya dan BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15(lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.²

Fasilitas kesehatan yang ikut serta dalam pelaksanaan JKN yaitu terbagi menjadifasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang terdiri dari puskesmas, praktek dokter, klinik pratama, dan rumah sakit kelas D Pratama serta fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) berupa klinik utama, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Pelaksanaan program JKN di rumah sakit membuat rumah sakit hanya melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik.³ Selain itu perlu diketahui bahwa pengelolaan rumah sakit tidak seperti pengelolaan sebuah klinik. Ini menunjukkan bahwa diperlukan pengelolaan khusus untuk pelaksanaan program JKN di rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan mengenai implementasi kebijakan JKN di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan JKN ditemukan berbagai kendala salah satunya terkait pembiayaan seperti keterlambatan pencairan klaim akibat keterlambatan proses pemberkasan klaim.⁴ Klaim rumah sakit dilakukan secara kolektif dan ditagihkan ke BPJS setiap bulan, dengan dilengkapi dokumen pendukung yaitu Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's), pemeriksaan penunjang, kwitansi pembayaran, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), Formulir Bukti pelayanan rawat jalan dan persyaratan yang dibawa pasien. Untuk kelancaran proses pengajuan klaim setiap pasien harus membawa persyaratan lengkap.⁵

Kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim yaitu sebagai berikut: formulir pengajuan klaim, *softcopy* iuran aplikasi, kuitansi asli bermatrei, bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, dan kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing- masing tagihan klaim. 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.⁶

Masalah yang lazim ditemukan dalam pelaksanaan prosedur klaim adalah permasalahan berkas klaim, banyaknya klaim susulan, ketidaksesuaian tarif yang diajukan rumah sakit dengan tarif Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) atau yang dibayarkan BPJS kesehatan, kejanggalan pengkodean diagnosis penyakit, dan keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan. Beberapa penyebab keterlambatan pengajuan klaim adalah karenapersyaratan berkas klaim yang tidak lengkap, jumlah dan kompetensi petugas bagian klaim yang masih minim.⁷ Selain itu, faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor *man, machine, method* dan *materials*. Faktor *man* adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor *machine* adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. *Method* adalah karena implementasi SPO yang belum lancar. Faktor *materials* karena persyaratan yang tidak sesuai.⁸

RSUD Soe merupakan satu-satunya fasilitas kesehatan rujukan milik pemerintah yang ada di Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan dukungan kesehatan dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat umum. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Soe bulan Oktober Tahun 2019 program JKN masih terdapat beberapa kendala dalam proses administrasi pengajuan klaim. Terbukti dengan masih adanya pasien JKN yang pada saat mendaftar untuk berobat tidak membawa foto copy kartu BPJS dan surat rujukan yang telah ditentukan oleh BPJS. Pada saat pembuatan Surat Egibilitas Pasien (SEP) dibagian pendaftaran terkadang terdapat kendala yaitu tidak ditemukan identitas pasien didalam komputer, sehingga petugas pada bagian pendaftaran harus menanyakan kepada petugas BPJS. Selain itu adanya berkas rekam medis yang tidak lengkap seperti tidak adanya tanda tangan dan nama terang dokter, diagnosis belum diisi atau belum ditulis kode diagnosis, riwayat perjalanan penyakit belum terisi dengan lengkap sebesar 90%. Ketidaklengkapan dokumen pasien dapat menyebabkan terhambatnya proses pengajuan klaim kepada BPJS dan akan berakibat pada menurunnya jumlah hasil klaim yang didapat oleh fasilitas kesehatan pada bulan tersebut. Keterlambatan penyerahan berkas klaim pasien rawat inap disebabkan karena peserta BPJS yang tidakmembayar iuran atau premi dalam hal ini peserta mandiri sehingga mengakibatkan SEP tidak bisa dibuat dalam waktu 3 x 24 jam, kurangnya kelengkapan berkas atau dokumen pasien seperti bukti pemeriksaan penunjang yang untuk mendukung diagnosa, kelengkapan resume medis, dan keakuratan koding. Keterlambatan pembayaran klaim BPJS ke rumah sakit dapat berdampak pada biaya operasional di rumah sakit seperti pembayaran obat serta alat kesehatan dan pembayaran jasa pelayanan bagi karyawan yang seringkali berdampak pada menurunnya kinerja dari karyawan dalam bekerja karena jasa pelayanan merupakan suatu imbalan yang diterima oleh karyawan setelah melaksanakan pekerjaan serta merupakan suatu motivasi bagi karyawan dalam bekerja. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor

penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe Tahun 2020.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Penelitian ini dilakukan di RSUD Soe pada bulan Juni-Agustus tahun 2020. Populasi dalam penelitian ini yaitu petugas yang terlibat secara langsung dalam proses klaim. Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Jumlah informan dalam penelitian ini berjumlah lima orang yang terdiri dari satu orang petugas *assembling*, satu orang petugas *coding*, dua orang petugas verifikator internal, dan satu orang petugas verifikator BPJS. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan wawancara mendalam. Analisis data yang digunakan adalah dengan keabsahan data dimana menggunakan kecukupan bahan referensi dan teknik *member check*. Peneliti memanfaatkan *tape recorder* untuk merekam wawancara yang dilakukan.

Hasil

Karakteristik informan penelitian dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Soe, Kabupaten Timor Tengah Selatan

| Informan | Inisial | Umur | Jenis Kelamin | Pendidikan | Peran/Tugas |
|----------|---------|------|---------------|------------|------------------------|
| 1 | YC | 39 | L | SMA | Staf <i>Assembling</i> |
| 2 | LT | 30 | P | D3 | Staf <i>Coding</i> |
| 3 | VT | 30 | L | S1 | Staf Verifikator 1 |
| 4 | NA | 56 | P | SMA | Staf Verifikator 2 |
| 5 | ET | 34 | P | D3 | Verifikator BPJS |

Berdasarkan Tabel 1 di atas diketahui bahwa informan untuk kategori umur paling tinggi adalah umur 56 tahun, yang terdiri dari perempuan dan laki-laki dengan status pendidikan paling tinggi adalah Sarjana (S1).

Verifikasi Kelengkapan Berkas Administrasi Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Verifikasi kelengkapan berkas klaim yang sudah diberikan dari setiap ruangan khususnya pasien rawat inap dilakukan oleh petugas *assembling* dan kemudian

diserahkan pada petugas coding untuk di entri sesuai dengan hasil diagnosa dan pemeriksaan penunjang sehingga diberikan pengkodean pada status pasien BPJS. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara petugas assembling di RSUD Soe.

“Kalau untuk alur penerimaan berkas klaim itu, awal dari pasien dari ruangan, masuk ke bagian assembling, trus assembling masuk ke bagian coder, baru ke bagian klaim. Dia punya alurnya seperti itu, secara garis besarnya seperti itu” (YC).

Kenyataan pada hasil penelitian bahwa masih terdapat kendala dalam proses verifikasi kelengkapan berkas klaim untuk BPJS. Misalnya masih terdapat berkas yang tidak lengkap dari tiap ruang rawat inap untuk diverifikasi oleh petugas assembling.

“Ya untuk sementara ini masih ada sebagian yang tidak lengkap contohnya seperti, tanggal masuk keluar, tanda tangan dokter trus, lembaran penunjang, contohnya seperti hasil baca foto, pokoknya masih sering ditemukan itu.” (YC).

Dokumen yang tidak lengkap dalam proses verifikasi berkas klaim di bagian assembling seperti tidak adanya hasil baca pemeriksaan penunjang pasien karena diduga banyak jumlah pasien, tidak ada tangan dokter serta jam masuk keluar yang tidak lengkap.

“Ya untuk sementara ini masih ada sebagian yang tidak lengkap contohnya seperti, tanggal masuk keluar, tanda tangan dokter trus, lembaran penunjang, contohnya seperti hasil baca foto, pokoknya masih sering ditemukan itu.” (YC).

Apabila terdapat dokumen yang masih kurang, maka petugas assembling akan mengembalikan ke ruangan rawat inap di mana pasien itu di rawat untuk melengkapi dokumen tersebut. Hal ini membutuhkan waktu lagi, yang dapat menghambat proses verifikasi klaim BPJS.

“Ia, biasa begitu, di bagian assembling liat kembali kalo memang ada yang kurang, liat ada yang kurang, berarti dikembalikan ke bagian ruangan untuk petugas ruangan yang melengkapi.” (YC).

Dapat disimpulkan bahwa verifikasi berkas administrasi klaim masih ditemukan kendala sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

Keakuratan Coding Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Pengkodean diagnosis di RSUD Soe menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) sedangkan untuk *coding* tindakan menggunakan ICD-9-CM. Pengkodean diagnosa penyakit juga dilakukan sesuai dengan SOP-nya. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara petugas *coder* RSUD Soe

“Dari rawat inap, rawat jalan, IGD semua ada SOP-nya. Ya pertama ah, statusnya itu dari ruangan ah distor ke rekam medis bagian assembling, bagian assembling cek semua kelengkapan dalam rekam medis itu kalau sudah lengkap baru diserahkan ke saya bagian coding, trus saya mulai lihat dari diagnosa dan berikan kode diagnosa itu. Oh satu status itu, 10 menit sa bisa atau tidak sampai bisa karena pakai ICD10 to dibantu sama ICD10 untuk kode diagnosa, trus kode tindakan ICD9.” (LT)

Keakuratan pemberian *coding* pada data pasien BPJS masih mengalami kendala dalam hal pemberian *coding* yang tepat pada status pasien. Di RSUD Soe ketidakakuratan pengkodean diagnosa pasien yang sering terjadi adalah *misscoding* atau penempatan kode yang tidak sesuai yang menyebabkan kerugian rumah sakit apabila tarif kode penyakit yang diklaim lebih kecil dari kode penyakit yang ditangani dirumah sakit, selain itu ketidakakuratan pengkodean pun terjadi karena tulisan dokter yang tidak bisa dibaca. Ketidakakurat pengkodean pun terjadi karena informasi penunjang dari dokter dalam mendiagnosa pasien tidak sesuai dengan aturan dari BPJS sehingga harus dikonsultasikanlagi.

“Ia misscoding itu biasanya terjadi ketika salah penempatan kode penyakit bisa terjadi atau karna kelalaian rumah sakit atau terjadi fraud. Fraud itu di mana contohnya seperti harganya sekian tetapi ita klaimnya sekian berarti pada saat ada audit itu nanti kita pihak rumah sakit harus mengganti kerugianBPJS begitu” (LT)

“Ah kendala pertama itu mungkin dari tulisan dokter yang agak sulit dibaca terus, ah hasil penunjang yang kadang-kadang tidak ada, tidak lengkap, ia itu kendala dalam memberikan diagnosa. Karena kalau tidak lengkap otomatis tidak bisa diklaim. Ia, jadi harus dikembalikan ke ruangan untuk dilengkapi.”(LT)

Dapat disimpulkan bahwa, masih ditemukan keakuratan *coding* yang belum tepat sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

Ketepatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe Pelaksanaan pengajuan pengklaiman yang dilakukan oleh pihak rumah sakit sudah

sesuai dengan prosedur yang benar untuk tahapnya. Namun kendala masih di rasakan dalam

tahap pelaksanaan klaim ke BPJS. Apabila kelengkapan berkas dan pengkodean yang dimasukkan dalam sistem belum tepat sesuai dengan ketentuan maka akan langsung dikembalikan oleh verifikasi dari BPJS kepada rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan kembali. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara petugas pengajuan klaim.

“Kalo untuk keterlambatan klaim khusus pasien BPJS itu ada pada kelengkapan berkas rekam medis jadi contohnya seperti status yang pasiennya KRSnya tanggal 1 statusnya tidak langsung masuk tapi masih melewati beberapa proses. kalo masih ada temuan masalah kelengkapan berkas ke contoh pada penulisan dokter tidak jelas, jam masuk keluar tidak ada trus penunjang-penunjang lembaran penunjang lain tidak ada berarti itu salah satu faktor keterlambatan klaim” (VT).

“Karena minimal batas waktu pengajuan klaim kan bukan bulan berjalan jadi contohnya kalo kita klaim bulan januari kita ajukannya di bulan february lalu diajukan di bulan february itu harus per tanggal 10 jadi kalo sudah lewat dari tanggal 10 kita belum mengajukan berarti dari pihak rumah sakit disini atas nama direktur harus membuat surat permohonan keterlambatan klaim untuk ditujukan kepada BPJS.” (VT).

“Hm, itu kalo ketepatan itukan lebih ke ini berkas klaim sa to kak? Jadi seperti ada rujukan ataukah ada SEP terus ah apa, itu sa si sebenarnya. Ia. Jadi kalo tidak sesuai akan dikembalikan dan ah itu kita bongkar lagi berkas apa yang tidak sesuai ataukah kalo tidak maunya BPJS seperti apa kita sesuaikan dengan isi rekam medis to kak.” (ET).

Dapat disimpulkan bahwa, ketepatan pengajuan klaim masih terjadi kendala sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

Kendala-Kendala dalam Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Kendala yang dihadapi bagian rekam medik untuk mengklaim pasien BPJS terletak pada kurangnya ketelitian pada bagian *assembling*, bagian *coding* dan juga karena berkas-berkas yang dimasukkan dari setiap ruangan masih sangat kurang sehingga membuat rekam medik untuk kerja lebih ekstra dengan mengkonfirmasi kembali terkait data yang dibutuhkan, serta SDM yang masih kurang sehingga terjadi penumpukan kerja. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada informan didapatkan hasil bahwa:

“Kendala cukup banyak, mulai dari kelengkapan berkas, kurang teliti, biasalah human erorr makanya keterlambatan klaim dalam pengajuan dan SDM juga kurangmaka penumpukan kerja sering terjadi, belum lagi kita haruskejar proses pengklaiman setiap bulannya, kadang-kadang internet juga erorr, trus aplikasi maintenance dari pusat.”(NA).

“Kalau untuk langkah-langkah yang kita ambil itu semua tergantung dari kebijakan pimpinan karna kita petugas yang dalam pengajuan kleim kita bekerja berdasarkan porsi, berdasarkan SOP, berdasarkan aturan tapi kalau untuk kendala itu kita hanya ajukan masukan berikan masukan berikan pendapat kepada pimpinan trus yang mengambil keputusan ialah pimpinan. Disini dalam arti kita kalau ada kendala yang kita temui kita ajukan ke kepala bidang trus kepala bidang cari solusinya kermana kalau memang tidak ditemukan berarti kita langsung ke KTU atau langsung di direktur.”(NA).

“Itu kendalanya seperti ah mungkin status pasien rawat inap itu masuk ke rekam medis itu lebih dari 2 x 24 jam. Sesuai dengan standar operasional yang ada di RS to, jadi kendalanya itu yang pertama, terus yang kedua ah mungkin apa keterlambatan klaim ini jugakan dari tenaga yang hanya satu orang yang kerja to kak, jadi harus coding rawat jalan rawat inap, itu si kendalanya.”(ET).

Dapat disimpulkan bahwa masih terdapat beberapa kendala yang di hadapi dalam proses pengajuan klaim sehingga berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

Pembahasan

Verifikasi Kelengkapan Administrasi Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Verifikasi pada dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program JKN oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Selain itu verifikasi data bertujuan untuk membantu fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dengan mengacu kepada standar penilaian klaim berdasarkan PKS antara provider dan BPJS Kesehatan.⁹

Verifikasi administrasi, klaim mencakup 2 (dua) hal pokok yaitu berkas klaim yang akan diverifikasi dan tahap verifikasi administrasi klaim. Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan meliputi surat eligibilitas peserta (SEP), yaitu bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh

dokter penanggung jawab pasien (DPJP), protokol terapi dan regimen) obat khusus, resep alat kesehatan, tanda terima alat kesehatan.¹⁰

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Soe didapatkan dimana hasil wawancara dengan petugas rekam medik bahwa untuk proses verifikasi kelengkapan administrasi klaim pasien BPJS yang dilakukan oleh petugas *assembling* masih sangat jauh dari apa yang diharapkan, ketelitian dan proses pemeriksaan berkas yang masuk dari setiap ruangan tidak dilakukan pemeriksaan lebih awal dengan memperhatikan kesesuaian data yang masuk dan hasil pemeriksaan untuk bisa di serahkan ke petugas *coding*. Kurangnya komunikasi dan evaluasi pada bagian rekam medik untuk bagian *assembling* merupakan salah satu kendala yang serius.⁵

Menurut peneliti, perlu adanya peningkatan dalam memverifikasi dokumen atau berkas yang masuk ke bagian rekam medik, berkas yang masuk harus langsung dilakukan pemeriksaan dengan metode atau cara *chek list* sehingga mempermudah dalam memverifikasi apabila berkas yang dimasukkan kurang lengkap bisa langsung di konfirmasi kepada petugas yang bertanggung jawab.⁶

Proses *assembling* dikerjakan oleh 1 petugas yang fokus melakukan *assembling* pada kelengkapan dokumen klaim BPJS rawat nginap dengan pendidikan SMA. Hasil wawancara kepada petugas *assembling* bahwa waktu yang dimiliki oleh petugas *assembling* sesungguhnya cukup apabila dokumen klaim yang diterima oleh petugas *assembling* telah dalam kondisi lengkap, namun pada kenyataannya petugas *assembling* harus kembali melengkapi sejumlah dokumen yang tidak lengkap dengan cara menelusuri riwayat kunjungan pasien tersebut dengan menghubungi petugas yang bertanggung jawab agar menyerahkan kelengkapan dokumen klaim yang kurang. Apabila seluruh petugas administrasi klaim sebelumnya memastikan serta turut berperan dalam memastikan ulang bahwa kelengkapan dokumen klaim dan memindahkan dokumen klaim yang tidak lengkap ke dalam map khusus maka hal tersebut akan mengurangi beban kerja petugas *assembling* dalam melakukan verifikasi berkas dan kemudian bisa diserahkan kepada petugas *coding*.¹⁰

Menurut peneliti, bahwa petugas *assembling* perlu dilakukan peningkatan ketrampilan baik secara *soft skill* dan manajemen dalam mengurus verifikasi kelengkapan berkas administrasi pasien BPJS karena tingkat pendidikan yang dimiliki oleh petugas *assembling* adalah SMA yang dimana tidak memiliki latar belakang pendidikan sebagai rekam medik. Kondisi ini akan sangat mempengaruhi ketepatan dan kelancaran dalam melakukan tugas sebagai seorang *assembling*. Dengan ada peningkatan ketrampilan melalui pelatihan dan workshop maka tenaga *assembling* dengan sendiri memiliki manajemen yang baik dalam menyelesaikan proses verifikasi berkas pasien BPJS.^{7,11}

Penelitian yang dilakukan tentang faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap menyatakan bahwa data berkas klaim petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas dengan rata-rata waktu penyelesaian per berkas setiap harinya untuk petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama

2:02:54, setelah dihitung beban kerja untuk petugas verifikator administrasi bisa menyelesaikan berkas klaim dalam sehari sebanyak 150 berkas administrasi dengan rata-rata penyelesaian per berkasnya selama 2menit.⁷ Ini kembali lagi kalau kondisi berkas yang diverifikasi sudah benar-benar sesuai dengan SOP yang berlaku dimana kelengkapan data yang dibutuhkan itu sudah sesuai kebutuhan untuk dilanjutkan ke bagian coding.¹²

Menurut peneliti, dampak dari rumah sakit tidak memberikan pelatihan kepada petugas pengelolaan klaim BPJS yang sesuai dengan tugas pokok jabatannya yaitu pertama, akan berpotensi kurangnya pengetahuan dan keterampilan petugas pengelolaan klaim tentang hal-hal persyaratan, kriteria dan tatakelola pengelolaan klaim BPJS kesehatan. Kedua, produktivitas kerja petugas pengelolaan klaim tidak optimal dikarenakan setiap bulannya masih mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim ke kantor BPJS kesehatan. Ketiga, berpotensi terjadinya kinerja yang tidak maksima dari karyawan.¹⁰

Keakuratan Coding Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

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 dibayarkan oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.¹

Perhitungan biaya perawatan pada sistem ini dilakukan berdasarkan diagnosis akhir pasien saat dirawat inap di rumah sakit. Penerapan *case-based groups* pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh beberapa rumah sakit untuk suatu diagnosis, besarnya biaya perawatan pasien dengan diagnosis akan berbeda apabila tipe rumah sakit tersebut berbeda.¹³ Diagnosis pasien saat keluar dari rumah sakit merupakan dasar dalam menentukan biaya perawatan. Diagnosis tersebut kemudian dilakukan pemberian kode *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10)*.¹⁴

Proses *coding* diagnosis di RSUD Soe menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) sedangkan untuk *coding* prosedur menggunakan ICD-9-CM. Hal tersebut telah sesuai dengan Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INACBG's yang menjelaskan bahwa dasar pengelompokan dalam INACBG's menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur.¹⁵

Hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa keakuratan pengkodean yang dilakukan untuk data pasien BPJS oleh pihak rumah sakit masih sangat mengalami masalah dalam pengkodean status diagnosa pasien pada sitem. Ini langsung disampaikan oleh petugas yang bertugas bagian pengkodean atau coding di rumah sakit, dimana petugas mengakui bahwa hampir setiap kali kegiatan pengklaiman ke

BPJS selalu terjadi kesalahan pengkodean. Hasil wawancara menyatakan bahwa petugas coding mengalami kendala dalam memberikan kode karena di pengaruhi oleh beberapa hal seperti kelengkapan berkas pasien BPJS tidak lengkap dalam hal ini yaitu hasil diagnosa dan hasil pemeriksaan penunjang dan ditambah lagi kendala pada tulisan dokter yang sulit untuk dibaca sehingga perlu dilakukan konfirmasi kepada dokter yang bersangkutan untuk memastikan diagnosa yang diberikan.⁶

Kelengkapan berkas yang diberikan dan dimasukkan pada rekam medik dari masing- masing ruangan terkhususnya rawat inap masih banyak yang kurang dalam kelengkapannya, sehingga itu perlu di konfirmasi. Kemudian bagian *assembling* juga masih kurang teliti dalam melakukan verifikasi berkas pasien BPJS sehingga saat pengkodean mengalami kendala. Hasil wawancara juga bahwa jumlah SDM untuk tenaga pengkodean berjumlah dua orang, dengan kualifikasi pendidikan D3 rekam medik. Untuk sekarang yang bertugas dalam pengkodean dan entri itu cuma satu orang tenaga yang bertugas dikarenakan petugas yang satunya lagi dalam lanjut studi. Dengan jumlah SDM yang kurang membuat beban kerja dari tenaga pengkodean semakin banyak karena harus mengejar target dalam melakukan pengkodean sesuai dengan SOP yang sudah ditetapkan dan akhirnya terjadinya penumpukan status pasien sehingga human eror bisa terjadi pada petugas *coding*.¹⁰

Petugas *coding* menyatakan alasan mengapa mereka tidak dapat menyelesaikan *coding* adalah karena terdapat beberapa kendala seperti sulitnya membaca tulisan DPJP di formulir kendali, seringkali DPJP menggunakan istilah diagnosis dan prosedur yang berbeda dengan istilah pada ICD bahkan saat penelitian, bagian rekam medik menyatakan formulir kendali pasien BPJS tidak diisi dengan lengkap oleh DPJP sehingga petugas *coding* perlu dan diwajibkan untuk menanyakan kepada DPJP yang bersangkutan untuk memastikan kebenaran istilah diagnosis dan prosedur agar petugas *coding* tidak salah dalam menetapkan kode. Menurut peneliti, hal tersebut dapat diminimalisasi atau dikurangi apabila petugas administrasi ruang rawat inap selalu ingat untuk memastikan ulang pengisian formulir kendali oleh DPJP sehingga petugas coding tidak perlu menghadapi kendala tersebut sehingga pengajuan klaim ke BPJS dapat cepat dan tepat sesuai dengan waktu yang ditentukan.^{10,14}

Penelitian yang dilakukan dengan judul Analisis Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Empat Lawang menunjukkan bahwa proses administrasi klaim dimulai dari loket pendaftaran sebagai tahap awal yang paling krusial dalam menentukan kelengkapan dokumen persyaratan pasien JKN.¹⁶ Hal yang sering diabaikan adalah bahwa memastikan kelengkapan dokumen klaim bukan hanya kewajiban dari seorang petugas loket pendaftaran saja, namun kepada seluruh petugas yang terlibat dalam administrasi klaim termasuk petugas administrasi ruang poliklinik, petugas kasir, petugas coding juga wajib berperan dalam menjaga kelengkapan dokumen.¹²

Ketepatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe Perencanaan merupakan pedoman, garis-garis besar atau petunjuk-petunjuk yang

harus dituruti jika menginginkan hasil yang baik yang telah direncanakan. Tujuan perencanaan ialah memberikan pengarah, pedoman, garis-garis besar atau petunjuk- petunjuk yang harus dituruti. Perencanaan pada hakikatnya menyusun konsep dan kegiatan yang akan dilaksanakan yang biasanya berupa Standar Operasional Prosedur (SOP).¹⁷ Perencanaan klaim pasien BPJS yang dilakukan oleh pihak RSUD Soe sesuai dengan penyusunan FPK telah disesuaikan dengan *Memorandum of Understanding* (MoU) antara RSUD Soe dengan BPJS kesehatan sehingga dapat disimpulkan bahwa kelengkapan administrasi pengajuan klaim yang diajukan oleh RSUD Soe telah sesuai dengan ketentuan BPJS kesehatan. Klaim rumah sakit adalah tagihan yang berupa biaya atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien peserta asuransi dalam hal ini BPJS Kesehatan.⁹

Hasil penelitian membuktikan bahwa ketepatan dalam melakukan proses pengajuan klaim ke BPJS oleh pihak rumah sakit sendiri setiap pengajuan mengalami keterlambatan kepihak BPJS. Ini disebabkan oleh beberapa kendala yang dihadapi oleh petugas dalam rekammedik terkhususnya bagian verifikator klaim BPJS rumah sakit. Dari hasil wawancara kepadainforman dalam hal ini petugas verifikator klaim petugas bahwa terjadinya keterlambatandalam klaim ke pihak BPJS karena verifikasi berkas yang dilakukan bagian *assembling* cukup memakan waktu yang lama dan juga kadang berkas yang sudah di berikan kepada bagian *coding* masih sangat kurang seperti pada hasil pemeriksaan diagnosa dan pemeriksaan penunjang sehingga petugas harus kembali harus melengkapi berkas yang kurang dan itumembutuhkan waktu. Bukan hanya itu, kendala yang dihadapi juga berasal dari dokter yang bertanggungjawab, ada tulisan dokter yang susah dimengerti dan berkas yang belum ditandatangani oleh dokter yang bersangkutan sehingga semua perlu di konfirmasi kembali.^{5,6} Petugas yang bertugas melakukan proses pengajuan klaim ke BPJS di RSUD Soe sebanyak 2 orang petugas dengan 1 petugas berpendidikan SMA dan 1 berpendidikan S1. Menurut petugas bagian verifikor Pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dilakukan setiap tanggal dan bulannya yang sudah tentukan sebagai tagihan atas biaya pelayanan bulan sebelumnya. Kalau proses pengajuan klaim lewat dengan tanggal yang ditentukan maka, itu kurang sesuai dengan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS kesehatan yang menyatakan jika fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal dan bulan yang ditentukan. Bahkan, kerap kali pihak RSUD Soe juga mengajukan klaim susulan.⁵⁻⁷

Menurut peneliti, semakin banyak dokumen klaim yang disusulkan maka akan semakin membengkak pula penumpukan status pasien itu disebabkan karena adanya berkas yang di verifikator oleh BPJS itu belum lengkap dan harus di kembalikan dan ditambah lagi dengan berkas yang harus di urus dalam pada bulan selanjutnya.⁶

Pelaksanaan pengklaiman berkas BPJS pada rawat nginap masih kurang baik, dikarenakan memiliki alur pengajuan klaim dimulai dari pasien pulang pada rawat nginap, kemudian berkas masuk diruang pengolahan berkas klaim dalam hal ini bagian *assembling* masih kurang, berkas diperiksa kelengkapannya namun masih kurang lengkap setelah dianalisis, kemudian ini akan berpengaruh pada data yang dientri dan dikoding dan terjadi keterlambatan dalam pengajuan klaim ke BPJS sesuai dengan tanggal dan bulan yang disepakati oleh RSUD dengan BPJS.¹⁰

Penelitian dengan judul Faktor-faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016 menemukan bahwa persentase klaim yang tidak lengkap selama 3 bulan.⁶ Dalam penurunan jumlah resume klaim medis yang tidak lengkap sekitar 50%. Berdasarkan hasil wawancara dengan unit penjaminan atau rekam medik yang bertugas bahwa penurunan resume klaim medis ini disebabkan ketidaksamaan *coding* dan diagnosa dari rumah sakit dengan *coding* dari verifikator BPJS Kesehatan. Penyamaan persepsi tentang diagnosa antara DPJP, kode rumah sakit sendiri dan verifikator harus ditingkatkan untuk semakin meminimalisir ketidaksesuaian *coding* sehingga proses pengajuan bisa tepat dan cepat.¹⁴

Kendala-Kendala dalam Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Pada Permenkes RI No. 28 tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat inap tersebut ke rumah sakit. Berkas-berkas yang dikembalikan ini merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan.^{10,11} Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus di lengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.⁹

Hasil penelitian yang dilakukan pada petugas rekam medik yang bertugas dalam pengajuan klaim melalui hasil wawancara mendalam menggambarkan bahwa penyebab berkas klaim tertunda tidak lolos verifikasi adalah dikarenakan kurang telitnya para pegawai yang mengurus koding dan pemberkasan dari berkas klaim dalam hal ini bagian *assembling*. Selain itu adanya perbedaan persepsi antara petugas *coding* dengan verifikator BPJS tentang *coding* berkas yang diajukan. Peneliti lain menemukan bahwa ada beberapa DPJP yang mempunyai *coding* yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu karena sudah diketahui besaran nilainya dan meminta *case manager* untuk mengisi kode diagnosa yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit. Hal ini menyebabkan tidak lolos verifikasi karena verifikator BPJS berhak untuk menilai kode yang sesuai dengan diagnosadan tindakan yang dilakukan oleh DPJP.^{4,5,7,14}

Kondisi lain yang disampaikan oleh petugas rekam medik bahwa kurangnya komunikasi dan evaluasi dari pihak rumah sakit dalam hal masalah pengajuan klaim rumah sakit ke BPJS yang masih kurang dilakukan. Selain itu juga kurangnya sumber daya manusia (SDM) membuat beban kerja dari petugas yang ada cukup banyak, khususnya di bagian *assembling* dan *coding* yang masih kurang tenaga untuk membantu proses verifikasi dan pemberian *coding* pada status pasien.^{5,8}

Menurut peneliti, peningkatan sumber daya manusia akan sangat membantu dalam proses persiapan pengajuan berkas ke BPJS mulai dari data yang masuk sampai dengan data diajukan. Pernyataan dari petugas bahwa ini bukan berdampak pada keterlambatan pengajuan saja, tapi berdampak juga pada kinerja pegawai di rumah sakit, karena keterlambatan pembayaran jasa medis membuat mereka kurang motivasi dalam bekerja, pemberian insentif dan jasa pun di tentukan berdasarkan tingkat pendidikan yang dimiliki oleh petugas di rumah sakit.⁶

Mengatasi kendala-kendala yang dialami oleh RSUD Soe sampai saat ini terkait keterlambatan klaim pasien BPJS. Perlu dilakukan evaluasi secara berkala setiap bulannya, pihak rumah sakit harus memberikan dukungan penuh kepada petugas rekam medik baik secara financial, sarana dan prasarana, teknologi yang mendukung, dan juga penambahan sumber daya manusia untuk bisa menghadapi permasalahan keterlambatan ini.^{6,7,10}

Penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano ditemukan bahwa kendala-kendala yang di hadapi dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS adalah pada berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lain. Kendala pada pengkodean dan pengentrian data, verifikasi data, sumber daya manusia, dan ketepatan proses pengajuan klaim sehingga pengajuan klaim BPJS kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano pada rekapitulasi pelayanan belum dilakukan secara menyeluruh dan terpadu, pengisian dan pencatatan pada status rekam medis untuk kelengkapan dokumen klaim diserahkan kepada petugas rekam medis, tidak terjalin koordinasi dan kerja tim antara perawat pelaksana dan petugas rekam medis.¹⁸

Kesimpulan

Verifikasi kelengkapan berkas administrasi klaim pasien BPJS rawat inap dilakukan oleh petugas *assembling*. Namun masih terdapat kendala dalam proses verifikasi seperti terdapat berkas yang tidak lengkap dari tiap ruang rawat inap, keakuratan coding pasien BPJS rawat inap dilakukan oleh petugas coder sesuai dengan SOP yang berlaku. Pengkodean yang dilakukan menggunakan ICD-10 dan ICD-9. Namun masih terdapat kendala dalam proses pemberian *coding* seperti adanya *misscoding* atau penempatan kode yang tidak sesuai, ketepatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap diverifikasi oleh petugas klaim atauverifikator sesuai dengan prosedur yang benar untuk tahapnya. Namun masih terdapat kendala dalam tahap pelaksanaan klaim ke BPJS. Apabila kelengkapan berkas dan pengkodean yang dimasukkan dalam sistem belum tepat sesuai dengan ketentuan maka akan

langsung di kembalikan oleh verifikasi dari BPJS kepada rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan kembali dan kendala-kendala pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap terletak pada kurangnya ketelitian pada bagian *assembling*, bagian *coding*, berkas-berkas dari setiap ruang yang tidak lengkap, minimnya SDM yang mengakibatkan terjadi penumpukan kerja dan adanya *internet error* sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

Daftar Pustaka

Republik Indonesia. Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial [Internet]. 24 Indonesia; 2011. Available from: <http://www.dpr.go.id/jdih/index/id/260>

Presiden Republik Indonesia. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan [Internet]. 12 Indonesia; 2013. Available from: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/detail/3>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan [Internet]. 59 Indonesia; 2014. Available from: <http://id.kpmak-ugm.org/permenkes-ri-nomor-59-tahun-2014-ttg-standar-tarif-pelayanan-kesehatan-dalam-penyelenggaraan-program-jaminan-kesehatan>

Putra WM. Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Tahun 2014 [Internet]. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah; 2014. Available from: <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25711/1/WahyuManggalaPutra-fkik.pdf>

BPJS Kesehatan. Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan [Internet]. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2014. 1–26

p. Available from: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/5fb1dc8414591e392ab5a3f70e2ab35a.pdf>

EP AA. Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo, Periode Januari - Maret 2016. J ARSI [Internet]. 2018;4(2):122–34. Available from: <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564>

Ayu Putri NK, Karjono K, Uktutias SA. Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. J Manaj Kesehat Yayasan RSDr Soetomo [Internet]. 2019 Nov 13;5(2):134. Available from: <http://jurnal.stikes-yrsds.ac.id/index.php/JMK/article/download/165/135>

Noviatri LW, Sugeng S. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. *J Kesehat Vokasional* [Internet]. 2016 Oct 1;1(1):22. Available from: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkesvo/article/view/27473>

Khoiril A. *Asuransi Syariah, Halal & Manfaat*. Sukini, editor. Solo: Penerbit Tiga Serangkai; 2007.

BPJS Kesehatan. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan [Internet]. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2014. 1–46 p. Available from: [https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis Verifikasi Klaim 7042014.pdf](https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis%20Verifikasi%20Klaim%207042014.pdf)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 28 Indonesia; 2014. Available from: [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK No. 40 ttg Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK%20No.%2040%20ttg%20Pedoman%20Pelaksanaan%20JAMKESMAS.pdf)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 269 Indonesia; 2008. Available from: <http://pelayanan.jakarta.go.id/download/regulasi/peraturan-meneteri-kesehatan-nomor-269-tentang-rekam-medis.pdf>

Thabrany H. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Rajawali Pers. Jakarta: Rajawali Pers; 2014.

Maimun N, Natassa J, Trisna WV, Supriatin Y. Pengaruh Kompetensi Coder terhadap Keakuratan dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD 10 di Rumah Sakit X Pekanbaru Tahun 2016. *J Kesehat Masyarakat, Manaj dan Adm Rumah Sakit* [Internet]. 2018;1(1):31–43. Available from: <https://www.neliti.com/publications/256299/pengaruh-kompetensi-coder-terhadap-keakuratan-dan-ketepatan-pengkodean-menggunakan#cite>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) [Internet]. 27 Indonesia; 2014. Available from:

[http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduh/PMK No. 27 ttg Juknis Sistem INACBGs.pdf](http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduh/PMK%20No.%2027%20ttg%20Juknis%20Sistem%20INACBGs.pdf)

Ariani R, Ainy, Asmaripa. Analisis Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Empat Lawang [Internet]. Universitas Sriwijaya; 2018. Available from: <http://repository.unsri.ac.id/2658/>

Wiguna AS. Tinjauan Penyebab Unclaimed Berkas Pasien BPJS Pada Rawat Jalan. *J IlmPerekam dan Inf Kesehat IMELDA* [Internet]. 2020;5(1):72–9. Available from:

<http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/336/346>

Malonda TD, Rattu AJM, Soleman T. Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *J Ilmu KesehatMasy UNSRAT* [Internet]. 2015;5(5):436–47. Available from:

<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/view/7852/7909>