
TINJAUAN PROSES KLAIM BPJS KESEHATAN DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT ISLAM SUKAPURA JAKARTA UTARA TAHUN 2021

Oleh

Mei Nur Khasanah¹, Puteri Fannya², Laela Indawati³, Daniel Happy Putra⁴

^{1,2,3,4} Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Esa Unggul

Email: ¹meinurkhasanah2001@gmail.com

Article History:

Received: 30-06-2023

Revised: 08-07-2023

Accepted: 02-08-2023

Keywords:

JKN, BPJS, Health,
observation, Hospital

Abstract: *The National Health Insurance System (JKN) is a government program aimed at providing social welfare and protection for all Indonesian people. JKN is organized by the Social Security Organizing Agency (BPJS). The claim procedure is carried out by the coding officer and the hospital claims officer and then the completeness of the documents will be verified by the BPJS at the hospital. The research method carried out is a qualitative descriptive method, which aims to describe the state of the research object by conducting direct interviews on how the BPJS Health claim process of the Sukapura Islamic.*

Hospital Inpatient Unit to the BPJS Health. The results of observations through direct searches on claim files found that all claim files from October 2021 to December 2021 were 2,102 total claim files and 294 claim files were delayed. Part of the cause of the delay is that the coding of diagnoses and medical actions is not in accordance with the doctor's writing. Standard Operating Procedures (SPO) related to the BPJS Health claim process in inpatient care, specifically the Hospital already has SPO and has carried out activities according to SPO and that officer training is very influential on the delay factor in inpatient BPJS Health claim files.

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah lembaga pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat. Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2009).

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pemerintah bertujuan untuk memberikan kesejahteraan sosial serta perlindungan bagi seluruh rakyat

Indonesia. JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang didalamnya dibagi menjadi 2 bagian yaitu BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan. Melalui program tersebut, pemerintah mengharapkan setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan berkurangnya pendapatan karena mengalami sakit, terjadi kecelakaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun, dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Indonesia telah memiliki sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

INA-CBGs adalah sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan resume medis penyakit yang diderita pasien. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. Penghitungan tarif INA-CBGs berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya).

Pengertian klaim adalah permintaan atau pengajuan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Klaim sangat berpengaruh pada pengembangan sistem pelayanan kesehatan, sistem pembayaran pelayanan kesehatan, dan sistem kendali mutu pelayanan kesehatan dalam meningkatkan efektivitas dan efisiensi. Jaminan kesehatan yang dilakukan memiliki prosedur dan kebijakan dalam pelaksanaan pelayanan yang diberikan. Prosedur dan kebijakan tersebut merupakan penjelasan fasilitas kesehatan yang di haruskan mengajukan klaim secara rutin yaitu maksimal tanggal 10 bulan berikutnya kecuali kapasitas, tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan. Setelah fasilitas kesehatan mengajukan klaim dan sudah diterima secara lengkap oleh pihak BPJS Kesehatan, maka pihak BPJS Kesehatan wajib membayar atas pelayanan yang telah diberikan fasilitas pelayanan kesehatan kepada peserta atau pasien maksimal 15 hari kerja. Jika salah satu persyaratan tidak ada akan berakibat proses klaim menjadi terlambat. Sehingga verifikator akan mengembalikan berkas klaim tersebut dan petugas rumah sakit diminta untuk melengkapinya.

Pada hasil penelitian sebelumnya diperoleh kesimpulan bahwa pelaksanaan klaim pasien Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Tk. IV Daan Mogot Kesdam Jaya harus berdasarkan persyaratan dan dokumen – dokumen yang lengkap, jika tidak lengkap maka belum bisa dilakukan proses pengklaiman. Prosedur klaim dilaksanakan oleh petugas koding dan petugas klaim rumah sakit selanjutnya akan diverifikasi kelengkapan dokumennya oleh pihak BPJS yang ada di rumah sakit. SDM yang terkait proses klaim BPJS adalah petugas penerimaan pasien, petugas assembling, petugas *coding* di unit rekam medis, petugas rekap data klaim BPJS pada unit keuangan rumah sakit, dan dokter umum yang diberi tugas dan wewenang verifikasi dari kepala rumah sakit (Achmad Sajiyo, 2017). Kesimpulan dari pernyataan bahwa proses pengklaiman berkas kepada pihak BPJS Kesehatan masih terdapat ketidaklengkapan berkas klaim, ketidaksesuaian koding diagnosa dan tindakan, kurangnya ketersediaan SDM, dan ketidaklengkapan berkas

penunjang medis lain (bila diperlukan) hal ini disebabkan ketidaktelitian pada proses klaim sehingga masih terdapat berkas klaim yang mengalami keterlambatan atau *pending*.

Berdasarkan observasi awal, untuk memberikan pelayanan yang efisien dan akurat, proses klaim BPJS Kesehatan di unit rawat inap Rumah Sakit Islam Sukapura harus berdasarkan persyaratan dan dokumen yang lengkap seperti administrasi kepesertaan, verifikasi kelengkapan berkas, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Dari hasil wawancara petugas unit penagihan *verifikator* diketahui bahwa masih terdapat berkas yang tertunda pada bulan Oktober-Desember 2021 sebanyak 294 berkas. Jika persyaratan tidak lengkap maka akan mengalami ketertundaan klaim dan berkas klaim tidak bisa diproses sehingga pencairan dana yang seharusnya diterima oleh rumah sakit menjadi tertunda pencairannya. Tentu dari hasil wawancara tersebut menimbulkan pertanyaan bagaimana proses klaim BPJS Kesehatan di unit rawat inap rumah sakit islam sukapura.

Dari hasil pendahuluan diatas, disimpulkan bahwa peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Tinjauan Proses Klaim BPJS Kesehatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Tahun 2021". Tujuan dengan adanya jurnal ini untuk mengetahui proses klaim BPJS Kesehatan di unit rawat inap Rumah Sakit Islam Sukapura.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang dilakukan adalah metode deskriptif kualitatif, bertujuan untuk mendeskripsikan keadaan objek penelitian dengan melakukan wawancara secara langsung bagaimana proses klaim BPJS Kesehatan Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura ke pihak BPJS Kesehatan.

Subjek penelitian yang digunakan yaitu 1 petugas *casemix*, 1 rekam medis bagian pendaftaran, dan 2 petugas unit penagihan *verifikator*. Objek penelitian yang digunakan adalah berkas rekam medis pasien rawat inap BPJS Kesehatan 2021.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelayanan Administrasi dan Pelayanan Medis

Berkas klaim Administrasi harus diisi dengan lengkap sesuai syarat-syarat yang telah ditetapkan mengenai data identitas pasien. Syarat tersebut meliputi identitas pasien nama, umur, tanggal lahir, alamat, nomor *handphone*, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, nomor rekam medis, nomor SEP, tanggal masuk dan keluar pasien, surat rujukan (bila ada) harus diisi dengan lengkap dan jelas.

"syarat-syarat untuk pengklaiman yaitu data identitas pasien sesuai dengan KTP, kartu BPJS Kesehatan, nomor SEP, resume medis, surat rawat, ringkasan riwayat masuk dan keluar pasien, dan surat rincian pembayaran." (Informan 1).

Pelayanan Medis serta Pelayanan Penunjang Pasien bahwa pengisian resume medis, surat pengantar rawat inap harus diisi secara lengkap dan baik oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan data yang ada pada lembar tersebut akan digunakan untuk koding penyakit dan tindakan medis yang nantinya akan diperlukan oleh rumah sakit termasuk juga pada dokumen klaim rumah sakit ke pihak BPJS Kesehatan. Berkas klaim pelayanan medis dan bukti penunjang pasien (bila diperlukan) merupakan bagian yang harus dikerjakan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), dan perawat selain sebagai salah satu syarat pelaksanaan proses klaim rumah sakit kepada pihak BPJS

Kesehatan tetapi juga sebagai perlindungan hukum bagi DPJS, dan perawat karena semua catatan informasi tentang pasien merupakan dokumentasi resmi bernilai hukum.

"Kepala rekam medis dan kepala-kepala setiap unit selalu melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin guna pengawasan terhadap jalannya proses pencatatan rekam medis dan kelengkapan berkas klaim pada setiap ruang unit." (Informan 1).

Pengodingan Berkas Klaim

Pada proses pengodingan menyatakan bahwa proses koding harus tepat dan lengkap sesuai diagnosa dan tindakan medis. Berkas klaim pada pengodingan antara lain: berkas klaim pelayanan medis, dan berkas penunjang pasien (bila diperlukan). Berkas klaim akan dilakukan pengodingan pada software E-Claim pada INA-CBGs oleh petugas casemix sesuai dengan diagnosa dan tindakan medis yang telah diberikan oleh dokter.

"berkas klaim yang disetor ke bagian casemix, kami koding sesuai diagnosa dan tindakan medis serta penunjang medis kalau ada yang dokter tulis. Kita koding pada E-Claim" (Informan 2).

Hasil observasi melalui penelusuran langsung pada berkas klaim ditemukan semua berkas klaim dari bulan Oktober 2021 sampai dengan Desember 2021 sebanyak 2.102 jumlah berkas klaim dan yang mengalami keterlambatan sebanyak 294 berkas klaim. Sebagian penyebab dari keterlambatan tersebut adalah koding diagnosa dan tindakan medis tidak sesuai dengan tulisan dokter. Ketidaklengkapan dan keterlambatan berkas klaim dari unit-unit membuat penumpukan berkas klaim yang akan dikoding serta penulisan kode diagnosa yang tidak sesuai sehingga menyebabkan proses koding menjadi lama.

"..pada proses ini harus dilihat dengan teliti, karena rata-rata penyebab berkas klaim tertunda itu karena petugas salah koding pada diagnosa bisa juga salah koding pada penunjang, ada karena tulisan dokter yang sulit dibaca maupun memang kesalahan petugas yang mengkode kurang teliti." (Informan 4).

Verifikasi Data

Verifikasi data pada berkas klaim yang dibutuhkan antara lain: fotocopy KTP, Kartu BPJS Kesehatan, Surat Eligibilitas (SEP), Resume Medis, Surat Rawat, Surat Rujukan, dan surat pembayaran biaya. Verifikasi data harus teliti dan lengkap mulai dari kelengkapan administrasi, kelengkapan berkas pelayanan medis dan pelayanan penunjang pasien (bila diperlukan) serta proses pengodingan yang tepat dan sesuai dengan diagnosa dan tindakan medis. Hal tersebut akan memudahkan dalam verifikasi mengenai kesesuaian berkas klaim yaitu antara SEP dengan data kepesertaan yang di input kedalam aplikasi INA-CBGs.

"Verifikasi harus teliti dan lengkap dari administrasi, kelengkapan berkas pelayanan medis dan pelayanan penunjang pasien kalau ada, kodingannya juga harus sesuai sama diagnosa dan tindakan medisnya." (Informan 4).

Pengajuan Klaim

Petugas Verifikator melakukan pengajuan klaim melalui aplikasi V-Claim pada INA-CBGs. Berkas klaim yang berhubungan dengan pengajuan klaim adalah laporan pertanggungjawaban yaitu laporan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan.

"Pengajuan klaim pakai V-Claim, kami melakukan perekapan berkas TXT kemudian dirubah ke excel sesuai nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP) buat dikirim ke BPJS Kesehatan rutin paling lambat tanggal 10 setiap bulan. Laporan rekapitulasi klaim berisi jumlah klaim dan total biaya klaim keseluruhan yang ditanda tangani oleh BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit, salinannya buat kita sebagai arsip atau arsip klaim dikoreksi kalau ada yang perlu untuk dikoreksi." (Informan 3).

Setelah diterima oleh pihak BPJS Kesehatan maka dilakukan proses purifikasi, dalam proses purifikasi ini dimana sebagian berkas yang sudah dikirim ada mengalami keterlambatan akibat kurang lengkapnya berkas atau tidak tepatnya pengkodean, lalu dilakukan pengecekan dan melengkapi berkas yang dikembalikan tersebut lalu petugas penagihan *verifikator* langsung mengirimkan kembali berkas tersebut ke pihak BPJS Kesehatan, pada bulan Oktober 2021 petugas penagihan *verifikator* mengirmkan pengajuan klaim sebanyak 696 berkas klaim ada 104 berkas klaim yang mengalami keterlambatan, lalu petugas penagihan *verifikator* segera melengkapi berkas tersebut dan langsung mengirimkan kembali pada gelombang 2 pengajuan, pada gelombang 2 petugas penagihan *verifikator* mengirimkan pengajuan klaim sebanyak 105 berkas klaim dan mengalami keterlambatan sebanyak 14 berkas klaim, lalu petugas penagihan *verifikator* melengkapi berkas tersebut dan langsung mengirimkan kembali sebanyak 14 berkas klaim pada gelombang 3 pengajuan klaim.

*"Setelah itu, ada proses purifikasi, sebagian berkas yang sudah dikirim ada yang mengalami keterlambatan karena kurang lengkapnya berkas atau tidak tepatnya pengkodean, lalu dilakukan pengecekan dan melengkapi berkas yang dikembalikan tersebut lalu petugas penagihan *verifikator* langsung mengirimkan kembali berkas tersebut ke pihak BPJS Kesehatan. Setelah berkas diterima oleh pihak BPJS Kesehatan, petugas penagihan *verifikator* membuat berita acara pembayaran sesuai dengan jumlah berkas klaim yang telah diajukan yang telah ditanda tangani oleh kedua belah pihak dengan salinan (fotocopy) sebagai arsip *verifikator*. Kalau berkas klaim dianggap layak dan lengkap sesuai diagnosa dan tindakan medis maka pengajuan berkas klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja BPJS Kesehatan ke unit bagian keuangan Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Utara." (Informan 4).*

Mengetahui Faktor Apa Saja Yang Menghambat Proses Klaim Bpjs Kesehatan di unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura

Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara kepada petugas unit Penagihan Verifikator di Rumah Sakit Islam Sukapura terkait faktor yang menghambat proses klaim BPJS Kesehatan di unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura dengan faktor 5M:

Faktor Man (manusia)

Faktor *man* dalam penelitian ini adalah adanya tulisan dokter yang tidak jelas serta tidak dapat terbaca menyebabkan petugas unit *Casemix* merasa kesulitan saat ingin menentukan kode diagnosa dan tindakan medis.

"..kadang dokter tulis keterangan diagnosanya tidak lengkap atau ada juga yang tulisannya susah dibaca, jadinya kita mau koding juga takut salah, jadi harus konfirmasi dulu." (Informan 2).

Faktor *Machine* (Mesin)

Faktor *Machine* dalam penelitian ini adalah sarana dan prasarana yang tersedia dan digunakan oleh petugas unit rekam medis dalam menjalankan kegiatan proses pengklaiman BPJS Kesehatan, seperti ketersediaan komputer. Upaya yang perlu dilakukan adalah perlu dilakukan *upgrade* pada komputer agar meminimalisir komputer lamban atau *loading* yang terlalu lama. Pada jaringan internet perlu dilakukan perbaikan secara berkala agar terhindar dari seringnya terjadi *error system* pada aplikasi INA-CBGs.

"Kalau di unit kita selama ini alhamdulillah lancar-lancar aja, tapi kalau dibagian casemix suka error sistemnya." (Informan 1).

Faktor *Money* (Dana)

Faktor *Money* dalam penelitian ini adalah biaya kerugian yang disebabkan karena berkas klaim rawat inap yang mengalami keterlambatan. Hal ini berpengaruh terhadap keuangan rumah sakit. *Reimbursement* tersebut akan dicairkan oleh pihak BPJS Kesehatan jika semua klaim yang diajukan sudah memenuhi syarat pengklaiman. *Reimbursement* tersebut akan dicairkan ke bagian keuangan rumah sakit tidak lebih dari 15 hari setelah berkas klaim diterima dengan lengkap.

"..karena adanya berkas klaim yang terhambat, maka RS mengalami kerugian karena tidak ada pemasukan dari berkas klaim yang mengalami terhambat tersebut." (Informan 4).

Faktor *Material* (Bahan)

Faktor *Material* dalam penelitian ini adalah kelengkapan isi formulir berkas rekam medis rawat inap merupakan syarat yang harus diperhatikan saat proses pengklaiman ke pihak BPJS Kesehatan.

"Berkas klaim dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis yang sudah ditandatangani DPJP, surat pelayanan penunjang kalau perlu. Berkas yang sering tidak lengkap itu ada di resume medis yang belum ditandatangani oleh dokter, dan surat pelayanan penunjang." (Informan 2).

Pembahasan

Pelayanan Berkas Administrasi dan Pelayanan Medis serta Pelayanan Penunjang Pasien

Pelayanan Administrasi, Berkas klaim administrasi harus diisi dengan lengkap sesuai syarat-syarat yang telah ditetapkan mengenai data identitas pasien. Syarat tersebut meliputi identitas pasien nama, umur, tanggal lahir, alamat, nomor *handphone*, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, nomor rekam medis, nomor SEP, tanggal masuk dan keluar pasien, surat rujukan (bila ada) harus diisi dengan lengkap dan jelas. Pelayanan Medis serta Pelayanan Penunjang Pasien, bahwa pengisian resume medis, surat pengantar rawat inap harus diisi secara lengkap dan baik oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan data yang ada pada lembaran tersebut akan digunakan untuk koding penyakit dan tindakan medis yang nantinya akan diperlukan oleh rumah sakit termasuk juga pada dokumen klaim rumah sakit ke pihak BPJS Kesehatan.

Pengodingan Berkas Klaim

Hasil wawancara secara mendalam tentang pengajuan klaim pada proses pengodingan menyatakan bahwa proses koding harus tepat dan lengkap sesuai diagnosa dan tindakan medis. Berkas klaim pada pengodingan antara lain: berkas klaim pelayanan medis, dan berkas penunjang pasien (bila diperlukan). Berkas klaim akan dilakukan pengodingan pada software E-Claim pada INA- CBGs oleh petugas *casemix* sesuai dengan diagnosa dan tindakan medis yang telah diberikan oleh dokter. Rata-rata penyebab dari keterlambatan pada berkas adalah koding diagnosa dan tindakan medis tidak sesuai dengan tulisan dokter. Berdasarkan wawancara mendalam langsung dengan petugas *casemix* mengungkapkan bahwa ketidaklengkapan dan keterlambatan berkas klaim dari unit-unit membuat penumpukan berkas klaim yang akan dikoding serta penulisan kode diagnosa yang tidak sesuai sehingga menyebabkan proses koding menjadilama.

Proses pengodingan diagnosa dan tindakan medis harus tepat dan spesifik sehingga pengkodean dinyatakan lengkap dan tepat sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9CM. Hal ini dapat berpengaruh pada tarif klaim BPJS Kesehatan, tarif dapat menjadi lebih besar atau lebih kecil tergantung hasil dari kode yang di *grouping* (Rahayu & Sugiarti, 2021).

Pada umumnya, berkas klaim pada pengodingan dan pengentrian data meliputi berkas klaim rekapitulasi pelayanan, dan berkas klaim pada berkas pelayanan medis serta bukti pelayanan penunjang. Petugas koding mengungkapkan bahwa ketidaklengkapan dan keterlambatan penyeteroran berkas klaim dari unit-unit membuat penumpukan berkas klaim yang akan dikoding serta penulisan kode diagnosa dan tindakan medis tidak sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9CM sehingga proses koding menjadi lama (Manaida et al., 2016)

Verifikasi Data

Verifikasi data pada berkas klaim yang dibutuhkan antara lain: fotocopy KTP, Kartu BPJS Kesehatan, Surat Eligibilitas (SEP), Resume Medis, Surat Rawat, Surat Rujukan, dan surat pembayaran biaya. Verifikasi data harus teliti dan lengkap mulai dari kelengkapan administrasi, kelengkapan berkas pelayanan medis dan pelayanan penunjang pasien (bila diperlukan) serta proses pengkodean yang tepat dan sesuai dengan diagnosa dan tindakan medis. Hal tersebut akan memudahkan dalam verifikasi mengenai kesesuaian berkas klaim yaitu antara SEP dengan data kepesertaan yang di input kedalam aplikasi INA- CBGs.

Pada umumnya, verifikasi data pada berkas klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program JKN oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu, dan tepat sasaran. Kendala pada verifikasi data adalah ketidaklengkapan meliputi rekapitulasi pelayanan, berkas pendukung pasien dan berkas pelayanan lainnya serta proses koding yang lama, sering terjadi ketidak sesuaian kode diagnosa atau tindakan medis yang menyulitkan proses verifikasi, sehingga banyak berkas klaim bertumpuk (Malonda, Rattu, & Soleman, 2015).

Pada dasarnya, verifikasi data berkas klaim merupakan bagian dari verifikasi administrasi, dimana berkas klaim yang di verifikasi meliputi SEP dan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan tindakan medis serta tandatangan DPJP. Setelah berkas di verifikasi, di *check* kesesuaian berkas klaim antara SEP dengan data yang di input

kedalam aplikasi INA-CBGs. Apabila terjadi ketidaksesuaian data maka berkas dikembalikan ke pihak RS untuk dilengkapi, kesesuaian berkas juga dilihat dari kesesuaian koding yang dilakukan (Lewiani et al., 2016).

Pengajuan Klaim

Secara garis besar, petugas *verifikator* melakukan pengajuan klaim melalui aplikasi V-Claim pada INA-CBGs. Petugas *verifikator* melakukan perekapan berkas berupa TXT dirubah menjadi bentuk excel sesuai dengan nomor SEP untuk dikirimkan kepada pihak BPJS Kesehatan secara rutin paling lambat tanggal 10 setiap bulan berikutnya. Laporan rekapitulasi klaim berbentuk rekapitulasi klaim berisikan jumlah klaim dan total biaya klaim keseluruhan yang ditandatangani oleh kedua belah pihak, dengan salinan (*fotocopy*) sebagai asip *verifikator*, serta klaim dikoreksi bila ada hal yang perlu dikoreksi. Bila terdapat berkas klaim yang dianggap belum sesuai dengan syarat atau belum lengkap maka ada proses purifikasi, dimana sebagian berkas yang sudah dikirim ada yang mengalami keterlambatan akibat kurang lengkapnya berkas atau tidak tepatnya pengkodean. Maka dilakukan perbaikan dalam berkas klaim tertunda tersebut dan petugas *verifikator* langsung mengirimkan kembali jika berkas tersebut sudah diperbaiki dan lengkap. Setelah berkas diterima oleh pihak BPJS

Kesehatan, petugas *verifikator* membuat berita acara pembayaran sesuai dengan jumlah berkas klaim yang telah diajukan, jika berkas klaim dianggap layak dan lengkap maka pengajuan berkas klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja BPJS Kesehatan ke bagian unit Keuangan Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Utara.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Wiwin Winarti dan Tania Defi Sukmawati dengan judul "Gambaran Sistem Pengajuan Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung" menyatakan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu diajukan secara kolektif, periodik, dan lengkap setiap awal bulan maksimal tanggal 10 setiap bulannya, dan pencairan dana dapat dilakukan pada bulan yang sama yaitu 15 hari setelah diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas (berita acara serah terima klaim). Dokumen berkas klaim kemudian dikirim ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan. Petugas klaim rumah sakit dan petugas BPJS Kesehatan melakukan perhitungan dokumen berkas klaim dan dibandingkan dengan jumlah klaim di dokumen excel. Saat proses perhitungan dokumen berkas klaim, kemungkinan ada Data Tidak Sesuai (DTS) antara dokumen TXT, dokumen excel, ataupun dokumen berkas klaim yang sudah dipindai. DTS tersebut akan masuk ke pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua. Setelah proses perhitungan dokumen berkas klaim selesai, BPJS Kesehatan akan mengirimkan Berita Acara Serah Terima Berkas Klaim. 1). Petugas klaim rumah sakit akan mengunggah kembali dokumen TXT ke Aplikasi Virtual Claim dengan jumlah berkas disesuaikan dengan Berita Acara Serah Terima Berkas Klaim; 2). Verifikator BPJS Kesehatan pun akan melakukan verifikasi (Winarti & Sukmawati, 2022).

Secara umum, bahwa setelah persyaratan lengkap dan sesuai maka pihak BPJS Kesehatan wajib membayarkan reimbursement ke Rumah Sakit paling lambat 15 hari kerja sejak berkas diterima. Jumlah yang harus dibayar harus sesuai dengan kwitansi klaim yang telah diverifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan. Jika dana yang diterima oleh

rumah sakit tidak sesuai dengan berkas yang diajukan sehingga membuat kerugian pada pihak rumah sakit (Nurdiyanti et al., 2017).

Mengetahui Faktor Apa Saja Yang Menghambat Proses Klaim Bpjs Kesehatan Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura **Faktor *Man* (Manusia)**

Secara garis besar, faktor *man* dalam penelitian ini adalah adanya tulisan dokter yang tidak jelas serta tidak dapat terbaca menyebabkan petugas unit koding merasa kesulitan saat ingin menentukan kode diagnosa dan tindakan medis. Tidak terisinya pengisian diagnosa atau tindakan medis pada lembar yang telah disediakan menyebabkan petugas unit koding harus menanyakan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang bersangkutan untuk mengkonfirmasi diagnosa atau tindakan medis yang tepat. Diagnosa dan tindakan medis yang ditulis oleh dokter harus jelas dan terperinci, hindari penggunaan singkatan serta memastikan semua catatan pasien telah ditanda tangani, karena untuk *reimbursement* biaya pasien membutuhkan dokumentasi catatan dari dokter yang lengkap. Upaya yang perlu dilakukan berkaitan dengan pengetahuan petugas yang mengalami kesulitan membaca tulisan dokter maka perlu diadakannya sosialisasi tentang kodefikasi berkas klaim yang turut diikuti oleh para koder klaim, *verifikator* BPJS Kesehatan, dan dokter yang bersangkutan. Petugas koding juga perlu mengikuti pelatihan ataupun seminar tentang kodefikasi untuk meningkatkan pengetahuan.

Mengidentifikasi berdasarkan faktor masa kerja dan pelatihan petugas. Masa kerja petugas koding dan klaim JKN cukup lama sekitar 4-7 tahun. Penambahan pengalaman kerja akan meningkatkan produktivitas kerja. Tulisan dokter yang tidak jelas dan tidak dapat terbaca menyebabkan petugas koding merasa kesulitan saat melakukan penentuan kode diagnosa maupun tindakan. Tidak terisinya diagnosa maupun tindakan, menyebabkan petugas harus menelfon DPJP atau perawat untuk mengkonfirmasi. Hal ini membuat berkas menjadi bertumpuk dan memakan waktu sehingga beban kerja bertambah (Herman, Farlinda, Ardianto, & Abdurachman, 2020).

Faktor *Machine* (Mesin)

Secara garis besar, faktor *Machine* dalam penelitian ini adalah sarana dan prasarana yang tersedia dan digunakan oleh petugas unit rekam medis dalam menjalankan kegiatan proses pengklaiman BPJS Kesehatan, seperti sistem jaringan internet. Sistem jaringan internet di ruang bagian *casemix* terkadang mengalami *error* yang menyebabkan terhambatnya pekerjaan petugas karena aplikasi INA-CBGs yang biasa digunakan sebagai penunjang dalam pengklaiman tidak dapat diakses. Hal ini menjadikan berkas bertumpuk pada unit *casemix* dan penyetoran berkas ke unit penagihan *verifikator* menjadi memakan waktu lebih lama lagi. Upaya yang perlu dilakukan adalah perlu dilakukan *upgrade* pada komputer agar meminimalisir komputer lambat atau *loading* yang terlalu lama. Pada jaringan internet perlu dilakukan perbaikan secara berkala agar terhindar dari seringnya terjadi *error system* pada aplikasi INA-CBGs.

Kendala pada pengkodean berkas klaim menunjukkan keterlambatan pada petugas *casemix* karena belum memiliki sistem jaringan internet yang memadai dalam melaksanakan pengkodean berkas klaim. Adanya akses internet yang memadai akan

mempengaruhi kualitas pelayanan dan tidak membuang-buang waktu terlalu lama, oleh sebab itu dibutuhkan teknologi-teknologi yang memadai untuk mendapatkan, mengelola dan mengirim informasi data (R.E Wowor, 2019).

Faktor *Money* (Dana)

Secara garis besar, faktor *Money* dalam penelitian ini adalah biaya kerugian yang disebabkan karena berkas klaim rawat inap yang mengalami keterlambatan. Hal ini berpengaruh terhadap keuangan rumah sakit. Karena, *reimbursement* tersebut akan dicairkan oleh pihak BPJS Kesehatan jika semua klaim yang diajukan sudah memenuhi syarat pengklaiman. *Reimbursement* tersebut akan dicairkan ke bagian keuangan rumah sakit tidak lebih dari 15 hari setelah berkas klaim diterima dengan lengkap.

Dalam hal ini, rumah sakit berkewajiban untuk melengkapi berkas klaim BPJS Kesehatan sesuai dengan syarat yang ada sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan *reimbursement* sesuai dengan tarif INA- CBGs. Bila berkas klaim mengalami keterlambatan akibat tidak lengkapnya berkas maka pencairan dana dari pihak BPJS Kesehatan kepada rumah sakit mengalami ketertundaan dan mengakibatkan rumah sakit mengalami kerugian (R.E Wowor, 2019).

Faktor *Material* (Bahan)

Secara garis besar, faktor *Material* dalam penelitian ini adalah merujuk pada kelengkapan formulir berkas rekam medis yang merupakan syarat yang harus diperhatikan pada saat proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Berkas klaim terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis yang sudah ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), surat pelayanan penunjang bila diperlukan. Berkas yang sering tidak lengkap adalah resume medis yang belum ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), dan surat pelayanan penunjang. Bila berkas klaim yang telah diajukan tidak lengkap, maka akan mengalami tertundanya proses pencairan dana dari pihak BPJS Kesehatan kepada pihak rumah sakit.

Pada penelitian Henokh Sony Kurniawan dan Kuswanto Hardjo dengan judul “Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhayangkara Yogyakarta” menyatakan bahwa faktor *material* dalam penelitiannya yang dibahas adalah bahan dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Bahan yang dibutuhkan dalam proses BPJS Kesehatan antara lain formulir-formulir yang harus diisi sebagai lampiran dalam klaim BPJS Kesehatan, formulir pengadaannya dibuat oleh BPJS, sehingga selama ini tidak menjadi masalah dalam hal *material* atau bahan untuk proses klaim (Kurniawan & Hardjo, 2020).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Utara pada bulan Januari 2022 sampai dengan Mei 2022 dengan judul “Tinjauan Proses Klaim BPJS Kesehatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Tahun 2021 dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari hasil penelitian bahwa Standard Prosedur Operasional (SPO) terkait proses klaim BPJS Kesehatan di rawat inap secara khusus Rumah Sakit sudah memiliki SPO dan telah melaksanakan kegiatan sesuai SPO tersebut.
2. Proses klaim BPJS Kesehatan unit Rawat Inap dimulai dari Pelayanan Administrasi dan

Pelayanan Medis serta Pelayanan Penunjang Pasien, setelah itu berkas klaim akan dilakukan pengodingan sesuai dengan ICD-10 dan ICD- 9CM. Lalu proses verifikasi data dan penginputan berkas klaim mengenai kesesuaian berkas klaim antara SEP dengan data kepesertaan yang di input kedalam aplikasi INA-CBGs. Bila terdapat berkas klaim yang dianggap belum sesuai dengan syarat maka ada proses purifikasi, dilakukan perbaikan dalam berkas klaim tertunda tersebut dan langsung mengirimkan kembali jika berkas tersebut sudah diperbaiki dan lengkap. Setelah berkas diterima oleh pihak BPJS Kesehatan, dibuatkan berita acara pembayaran sesuai dengan jumlah berkas klaim yang telah diajukan, jika berkas klaim dianggap layak dan lengkap maka pengajuan berkas klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja BPJS Kesehatan ke bagian unit Keuangan Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Utara.

3. Pada faktor *Man* (Manusia), disimpulkan bahwa pelatihan petugas sangat berpengaruh terhadap faktor keterlambatan berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap. Pengetahuan koding dan memahami tulisan dokter maupun perawat sangat dibutuhkan pada proses pengodingan.
4. Pada faktor *Machine* (Mesin), disimpulkan bahwa sistem jaringan internet di ruang bagian *casemix* terkadang mengalami *error* yang menyebabkan terhambatnya pekerjaan petugas karena aplikasi INA-CBGs yang biasa digunakan.
5. Pada faktor Money (Dana), adalah biaya kerugian yang disebabkan karena berkas klaim rawat inap yang mengalami keterlambatan.
6. Pada faktor *Material* (Bahan), disimpulkan bahwa merajuk pada kelengkapan formulir berkas rekam medis yang merupakan syarat yang harus diperhatikan pada saat proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Achmad Sajiyo. (2017). Gambaran Sistem Proses Klaim Rawat Inap Peserta JKN di RS TK.IV Daan Mogot Ksdam Jaya Tahun 2017.
- [2] BPJS. UU 24 TAHUN 2011. , (2011).
- [3] BPJS Kesehatan. (2014). Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
- [4] BPJS Kesehatan. (2014). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim.
- [5] BPJS Kesehatan. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018.
- [6] BPJS Kesehatan RI. UU RI No. 40 Tahun 2004 SJSN. , Tentang Sistem jaminan Sosial Nasional (2004).
- [7] BPJS Kesehatan RI. (2017). Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional.
- [8] D. Nurmayanti. (2018). Gambaran Proses Klaim Pasien Rawat Inap JKN Naik Kelas di RS Peln Petamburan Tahun 2018.
- [9] Herman, L. N., Farlinda, S., Ardianto, E. T., & Abdurachman, A. S. (2020). Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Di RSUP Dr. Hasan Sadikin.
- [10] K.O Marlia. (2020). Analisis Proses Pelaksanaan Prosedur Klaim Pasien Jkn Di Rsud Kota Padang Panjang.
- [11] Kemenkes RI. UU RI NO. 44 Tentang Rumah Sakit. Kemenkes RI. Permenkes No 27 Tahun 2014.

- [12] Kurniawan, H. S., & Hardjo, K. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhayangkara Yogyakarta.
- [13] Lewiani, N., Lisnawaty, & Akifah. (2016). Proses Pengelolaan Klaim Pasien BPJS Unit Rawat Inap Dr. R. Ismoyo Kota Kendari.
- [14] Malonda, T. D., Rattu, A. J. M., & Soleman, T. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr . Sam Ratulangi Tondano.
- [15] Manaida et al. (2016). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado.
- [16] Nurdiyanti, P., Majid, R., & Rezal, F. (2017). Studi Proses Pengklaiman Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
- [17] R.E Wowor. (2019). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Rawat Inap Rsud Lapangan Sawang Kabupaten Kepulauan Siau Tagulandang Biaro.
- [18] Rahayu, L., & Sugiarti, I. (2021). Analisis prosedur klaim BPJS kesehatan di rumah sakit.