



Analisis Pengelolaan Berkas Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Haji Medan Estate

Rusgianti, Fatimah Pohan, Rara Astili Siregar

Universitas Nahdatul Ulama Sumatera Utara, Indonesia
fatimahpohan1976@gmail.com

Abstrak

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Responden pada penelitian ini adalah Bagian pendaftaran, dan verifikator. Metode pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan observasi. Analisis data yang digunakan adalah statistik deskriptif dengan penyajian data berbentuk tabel dan *textular*. Hasil penelitian ini menunjukkan bagaimana proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RS Haji Medan Estate. Kegiatan proses meliputi pelayanan, pengolahan berkas, *coding* dan pengajuan klaim pada verifikator BPJS kesehatan. Pada proses pelayanan, pasien peserta BPJS rawat jalan harus memenuhi dokumen yang terdiri dari identitas pasien BPJS dan surat rujukan. Masalah yang sering terjadi dalam proses pelayanan adalah petugas tidak lengkap mengisi dokumen pasien. Pada proses pengolahan data, berkas dari pasien diperiksa kelengkapan berkasnya serta diperiksa kesesuaian Lembar Bukti Pelayanan (LBP) dengan billing. Apabila sudah lengkap dan sesuai berkas. Kesimpulan dari penelitian ini bahwa pengelolaan berkas klaim pasien rawat jalan mengalami keterlambatan dikarenakan minimnya petugas verifikator, dan petugas poli tidak lengkap dalam melakukan pengisian berkas. Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan bagi pihak Rumah Sakit Haji Medan menambah jumlah petugas verifikator, meningkatkan kinerja petugas poli serta memberikan ruang kerja yang nyaman kepada verifikator.

Kata Kunci: Berkas Klaim, BPJS Kesehatan

Abstract

This research is a descriptive research. Respondents in this research were the registration department and verifiers. The data collection method was carried out using questionnaires and observation. The data analysis used is descriptive statistics with the presentation of data in tabular and textular form. The results of this study show how the process of managing BPJS Health outpatient claim files at RS Haji Medan Estate. This process activity includes service, file processing, coding and submitting claims to the BPJS health verifier. In the service process, outpatient BPJS participants must fulfill documents consisting of BPJS patient identity and a referral letter. A problem that often occurs in the service process is that officers do not completely fill in patient documents. In the data processing process, files from patients are checked for the completeness of the files and checked for conformity of the Service Proof Sheet (LBP) with billing. If it is complete and according to the file.

The conclusion from this study is that the management of outpatient claim files is delayed due to the lack of verifier officers, and poly officers are incomplete in filling out files. Based on the results of this study, it is hoped that the Haji Medan Hospital will increase the number of verifier officers, improve the performance of police officers and provide a comfortable work space for verifiers.

Keywords: Claim File, BPJS Health

I. PENDAHULUAN

Kesejahteraan warga di suatu negara tidak hanya dilihat dari tingkat pendidikan yang dimiliki, tetapi juga bagaimana tingkat kesehatan warga di negara tersebut. Kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang utama, oleh karena itu pembangunan di bidang kesehatan perlu dilaksanakan. Pembangunan kesehatan merupakan pembangunan nasional maka pemerintah sebagai institusi tertinggi yang bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan harus memenuhi kewajiban dalam penyediaan sarana pelayanan kesehatan. Pelaksanaan pembangunan di bidang kesehatan melibatkan seluruh warga negara Indonesia, karena pembangunan kesehatan mempunyai hubungan yang dinamis dengan sektor lainnya (Suharto, 2009: 34).

Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 juga mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No. 23 th 1992 yang kemudian diganti dengan UU 36 th 2009 tentang Kesehatan. Dalam UU 36 th 2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi di atas, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan warga di suatu negara yang setinggi-tingginya dapat terwujud (Kementrian Kesehatan, 2014 :9).

Pemerintah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi

seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang -Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS. Khusus untuk JKN akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya sudah dimulai sejak 1 Januari 2014 untuk mengatasi permasalahan tersebut (Kementerian Kesehatan, 2014:9).

BPJS adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang bertujuan agar semua warga negara Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan warga negara yang layak (Suharto, 2009:16). BPJS ini dapat meringankan beban masyarakat dalam mendapat pelayanan kesehatan rumah sakit, dengan menunjukkan kartu yang keabsahan kepesertaannya merujuk kepada kantor BPJS setempat. Apabila peserta BPJS memerlukan pelayanan kesehatan rujukan maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai kartu peserta yang ditunjukan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan kecuali pada kasus emergency. Sistem pembayaran BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 59 Tahun 2014 terbagi menjadi dua yakni sistem kapitasi dan non kapitasi. Sedangkan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut menggunakan sistem pembayaran Tarif Indonesian - Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (Peraturan Menteri Kesehatan No. 59,2014:2). Pada sistem pembayaran berdasarkan INA-CBG's di FKRTL pihak rumah sakit diharuskan mengirimkan berkas klaim selambat lambatnya pada tanggal 10 di bulan pelayanan berikutnya. Selanjutnya BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap (Kementrian Kesehatan, 2014).

Data yang diperoleh dari BPJS kesehatan medan, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan medan berjumlah 9,

dengan jumlah peserta di Kabupaten medan yang telah terdaftar di BPJS kesehatan medan sejumlah 1.412.340 (BPJS Kesehatan medan, 2017). Berdasarkan data yang diperoleh dari Kepala unit PMR BPJS Kesehatan cabang medan bahwa dari 9 Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan medan 4 diantaranya masih belum tepat waktu dalam penyerahan berkas klaim yakni masih diatas tanggal 10 dibulan berikutnya, yaitu Rumah Sakit Muhammadiyah, Rumah Sakit Umum Bakti, Rumah Sakit Haji dan Rumah Sakit Methodist. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Unit Penjamin Manfaat Rujukan (PMR) Ibu Aisyah menjelaskan bahwa Rumah Sakit Muhammadiyah memiliki persentase keterlambatan cukup tinggi dibandingkan dengan 3 rumah sakit lainnya.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Haji Medan Estate, diperoleh data pada tahun 2014 sampai tahun 2016 (bulan Agustus) mengenai jumlah kunjungan pasien dengan pembiayaan BPJS mengalami peningkatan, baik pelayanan rawat inap maupun rawat jalan. Hal itu dapat dijelaskan pada tahun 2014 jumlah kunjungan rawat jalan untuk pembiayaan BPJS sebesar 1,48% dari pembiayaan umum. Tahun 2015 adanya pembiayaan BPJS untuk rawat jalan sebesar 12,01%. Sedangkan tahun 2016 sebanyak 40,42%. Senada dengan kunjungan rawat jalan, angka kunjungan Rawat Inap dengan pembiayaan BPJS pun juga mengalami peningkatan. Pembiayaan BPJS sebesar 2,99% dari pembiayaan umum. Tahun 2015 adanya pembiayaan BPJS untuk rawat inap sebesar 10,03%. Sedangkan tahun 2016 sebanyak 18,29% pembiayaan BPJS dari pembiayaan umum. (Data Rekam Medis RS Haji Medan Estate, 2017). Hasil wawancara yang dilakukan pada staf Pengendali Pasien BPJS RS Haji Medan Estate menyatakan mengenai pengajuan berkas klaim pada pelayanan Rawat Inap sudah berjalan cukup baik, yakni seluruh berkas diserahkan kepada pihak BPJS Kesehatan Medan sesuai dengan perjanjian kerjasama yakni maksimal tanggal 10 pada bulan selanjutnya, namun pada pengajuan klaim rawat jalan masih terdapat beberapa berkas klaim susulan yakni berkas klaim yang diserahkan setelah melewati tanggal 10 pada bulan berikutnya.

Data kunjungan rawat jalan di Rumah Sakit Haji Medan Estate yaitu Januari sebanyak 410 kunjungan, Februari sebanyak 485 kunjungan, Maret sebanyak 545 kunjungan, April sebanyak 665 kunjungan, Mei sebanyak 741 kunjungan, Juni sebanyak

811 kunjungan, Juli sebanyak 897 kunjungan, dan Agustus sebanyak 973 kunjungan. Data tersebut menunjukkan bahwa adanya peningkatan jumlah kunjungan pasien rawat jalan selama tahun 2016 yaitu pada bulan Januari sampai dengan bulan Agustus. Dari data kunjungan tersebut diantaranya 12% pada bulan Juni 2016, 9% pada bulan Juli 2016, dan 10% pada bulan Agustus 2016 yang mengalami keterlambatan berkas klaim. Hal ini jelas bertentangan dengan isi perjanjian kerjasama yang telah disepakati antara pihak BPJS dengan pihak RS, dimana dalam perjanjian kerjasama disebutkan bahwa untuk penyerahan berkas klaim baik Rawat Inap maupun Rawat jalan seluruhnya harus diserahkan kepada tim verifikator BPJS Kesehatan maksimal pada tanggal 10 di Bulan berikutnya. Selain itu adanya keterlambatan pada proses pengajuan berkas klaim juga berdampak pada terlambatnya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, hal ini jelas akan sangat merugikan bagi keuangan rumah sakit.

Keterlambatan ini disebabkan karena keterlambatan dalam verifikasi klaim. Kemungkinan penyebab dari keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan antara lain : kurang berperannya Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan perawat dalam melengkapi dokumen klaim, dan tidak lengkapnya dokumen bukti pelayanan sehingga mengakibatkan lambatnya penyerahan dokumen klaim dari ruang perawatan ke petugas ruang medik dan kepada petugas klaim BPJS Kesehatan.

Dampak yang diakibatkan bila terjadi keterlambatan penyerahan berkas klaim BPJS adalah gagal klaim artinya seluruh biaya perawatan pasien rawat jalan yang berkasnya dikirim diatas tanggal 10, tidak akan terbayar oleh BPJS Kesehatan sehingga Rumah Sakit menanggung kerugian, hal ini berpengaruh juga terhadap pembagian jasa pada karyawan, sehingga akan mengalami penundaan yang cukup panjang. Selain itu, keterlambatan pencairan klaim juga akan menghambat pembiayaan operasional rumah sakit. Melihat fenomena adanya kesenjangan dalam waktu penyerahan berkas klaim Rawat jalan di RS Haji Medan Estate dengan waktu yang tertulis pada perjanjian kerjasama BPJS Kesehatan, maka peneliti berniat untuk melakukan penelitian mengenai Analisis pengelolaan berkas klaim Rawat Jalan di RS Haji Medan Estate.

II. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Metode penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian dengan tujuan utama untuk melihat Analisis fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi dalam populasi tertentu. Pada umumnya penelitian deskriptif digunakan untuk membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program dimasa sekarang, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut (Notoatmodjo, 2010:154). Penelitian deskriptif ini digunakan untuk menggambarkan proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Haji medan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari 2023. Kegiatan penelitian dimulai dari identifikasi masalah, pelaksanaan kegiatan penelitian, identifikasi hasil penelitian, penyusunan laporan hingga hasil dapat diujikan. Unit analisis penelitian ini adalah RS Haji Medan Estate di unit pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan. Responden pada penelitian ini adalah Bagian pendaftaran, dan verifikator rawat jalan. Data merupakan kumpulan huruf atau angka, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2010).

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Seluruh Administrator BPJS pada pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit RS Haji Medan Estate juga mengatakan bahwa walaupun klaim pending bulan sebelumnya menambah pekerjaan mereka dalam tahapan pengajuan klaim, namun setiap klaim pending biasanya tetap bisa diselesaikan. Administrator menjelaskan bahwa jika klaim pending disebabkan karena salah koding diagnosa atau sisi medis dari pasien, maka Administrator akan bertindak untuk memperbaiki berdasarkan keterangan perbaikan yang diberitahukan BPJS Kesehatan seperti mulai mencari tau ke ruang rekam medis untuk menyesuaikan kode diagnosa yang sesuai. Contoh lainnya. apabila dalam resume medis pasien ada kekurangan, maka Administrator akan konfirmasi kepada asisten dokter agar diberi diagnosa oleh DPJP atau dokter verifikasi karena kasus penyakit tertentu hanya diketahui oleh dokter dalam kelengkapan berkasnya, contoh pemeriksaan

lab, bukti operasi, dan lain-lain yang menjadi berkas pendukung dalam pengajuan klaim. Administrator BPJS di Rumah Sakit RS Haji Medan Estate juga menyampaikan bahwa dalam pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan selalu mampu diselesaikan baik klaim reguler atau klaim pending.

Kedua Administrator menjelaskan bahwa Koordinator administrasi pengajuan klaim memberikan pengaruh yang cukup besar karena memberikan banyak bimbingan terhadap segala permasalahan yang timbul untuk di tangani oleh kedua Administrator BPJS sehingga mengurangi stress kerja yang dihadapi oleh Administrator BPJS. Reward juga sering diberikan oleh Koordinator administrasi BPJS sehingga memberikan banyak motivasi mereka dalam bekerja.

Gambaran Kendala yang Dihadapi Administrator BPJS dalam Menyelesaikan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pelayanan Rawat Jalan

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada Administrator BPJS Rumah Sakit Haji, adapun beberapa kendala yang dihadapi Administrator BPJS dalam menyelesaikan tahapan klaim sehingga dapat diajukan kepada BPJS Kesehatan. Secara umum, kendala yang dihadapi berdasarkan yang disampaikan oleh kedua Administrator BPJS adalah berkaitan dengan melengkapi berkas pada kelengkapan klaim pelayanan rawat jalan. Contohnya resume medis yang belum di isi oleh dokter, hal tersebut membuat Administrator BPJS kewalahan karena perlu melakukan pengecekan ke bagian pendaftaran rawat jalan di klinik, mendatangi asisten dokter untuk dimintakan kepada DPJP atau dokter penanggung jawab pasien yang melakukan pemeriksaan.

Adapun kendala lainnya yang dihadapi berdasarkan wawancara kepada Koordinator administrasi klaim bahwa kendala yang dihadapi dalam pengajuan klaim termasuk pada pelayanan rawat jalan adalah karena SIMRS atau billing system komputerisasi Rumah Sakit RS Haji Medan Estate yang belum satu server yang dalam form pendaftaran tersebut tidak terhubung dengan satu sama lain atau manual di masing-masing bagian pendaftaran, contohnya pada klinik laboratorium radiologi, apotik punya aplikasi pendaftaran sendiri, dan bagian lain memiliki aplikasi pendaftaran lain lagi, sehingga penarikan data yang dilakukan agak sulit karena ada data yang tidak sama disebabkan tiap bagian dalam setiap bagian pada klinik memiliki kriteria persyaratan pendaftaran masing-masing yang berbeda. Berkaitan dengan sistem komputerisasi,

administrator menyampaikan bahwa kendala lainnya saat data nama pasien rawat jalan berbeda dengan data nama pasien yang di input oleh laboratorium, dikarenakan form yang ada di laboratorium tidak ada kolom untuk input nomer SEP pasien BPJS Kesehatan sehingga terjadi kesulitan pada saat input laporan laboratorium karena harus mencari nama yang sesuai dengan tanggal pasien berobat

Gambaran Kinerja Administrator BPJS Rumah Sakit RS Haji Medan Estate dalam Menyelesaikan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan kepada BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian analisis deskriptif kualitatif, kinerja Administrator BPJS Rumah Sakit RS Haji Medan Estate mempunyai tanggapan yang positif oleh informan. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja Administrator BPJS Rumah Sakit RS Haji Medan Estate dinilai berdasarkan keterangan informan dan analisis, ternyata para Administrator memberikan kinerja yang baik dalam melaksanakan tugas sesuai job description masing-masing. Tahapan atau Prosedur hingga terselesaikan klaim agar dapat diajukan kepada BPJS Kesehatan, keseluruhannya dapat dikerjakan dengan baik oleh para Administrator BPJS sesuai dengan ketentuan yang dibuat dalam Job description tertulis. Mereka lekas mengerti terhadap situasi kerja yang dihadapi, walaupun kedua Administrator bukan berasal dari latar belakang pendidikan yang berhubungan dengan administrasi atau hal-hal yang berkaitan dengan program jaminan kesehatan, namun mereka dibimbing oleh Koordinator dengan latar belakang Pendidikan sarjana ekonomi jurusan akuntansi sehingga segala hal yang berkaitan dengan administrasi atau prosedur pengajuan klaim mendapat bimbingan. Menurut (Abdullah, 2014), efektif merupakan indikator yang mengukur derajat kesesuaian antara yang dihasilkan dengan keinginan yang dicapai. Indikator efektivitas ini menjawab pertanyaan mengenai apakah tenaga kerja atau karyawan dapat menghasilkan sesuatu yang sudah benar atau sesuai dengan hasil yang diharapkan dalam kecepatan tertentu diimbangi dengan penggunaan waktu terhadap penyelesaian tugas dan tanggung jawabnya. Adapun ukuran efektif dinilai berdasarkan standar pengajuan klaim oleh BPJS Kesehatan menurut perjanjian kerjasama (PKS) yaitu minimal 75% dari jumlah SEP yang terbit dalam 1 bulan pelayanan.

Berdasarkan analisis, penyelesaian pengajuan klaim oleh Administrator BPJS di Rumah Sakit RS Haji Medan Estate sudah baik karena dilakukan dengan efektif berdasarkan standar pengajuan klaim yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Hal ini dapat

dilihat dari hasil kerja Administrator dalam kecepatan tertentu diimbangi dengan penggunaan waktu terhadap penyelesaian tugas dan tanggung jawabnya. Adapun implementasi dalam pengajuan klaim yaitu klaim mampu diajukan lebih dari 75% atau sebanyak 98%-99% dari jumlah SEP yang terbit. Menurut (Abdullah, 2014), Efisien merupakan indikator yang mengukur derajat kesesuaian mulai proses hingga mencapai hasil kerja yang diharapkan. Indikator efisien ini menjawab pertanyaan mengenai apakah tenaga kerja atau karyawan melakukan pekerjaan dengan benar atau sesuai dengan ketentuan dengan tidak membuang tenaga mereka dalam bekerja serta waktu yang digunakan. Hal ini akan menunjukkan sejauh mana mutu karyawan dalam melaksanakan tanggung jawab terhadap tugas-tugasnya meliputi ketepatan, kelengkapan dan kerapian hingga mendapatkan input yang baik.

Berdasarkan analisis, penyelesaian pengajuan klaim oleh Administrator BPJS di Rumah Sakit RS Haji Medan Estate sudah efisien berdasarkan standar pengajuan klaim yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan serta memenuhi faktor penentu untuk pengajuan klaim yang baik dari hasil verifikasi BPJS Kesehatan. Implementasi pengajuan klaim oleh rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan dapat diartikan bahwa dalam tahapan hingga penyelesaian pengajuan klaim yang dilakukan haruslah tepat, dokumen yang diperlukan untuk persyaratan pengajuan klaim harus lengkap, serta berkas fisik tersusun rapi sesuai urutan nomor dan tanggal SEP yang dikeluarkan.

Berdasarkan analisis, Administrator BPJS Rumah Sakit RS Haji Medan Estate mampu melaksanakan tanggung jawab terhadap tugas-tugasnya meliputi ketepatan dalam melaksanakan job description, kelengkapan dan kerapian dalam menyelesaikan pemberkasan pada pengajuan klaim pelayanan rawat jalan. Kelengkapan berkas pendukung pengajuan klaim begitu penting sebagai syarat pengajuan klaim, sebagaimana menurut (Manaida dkk., 2017) bahwa berkas yang kurang lengkap dari segi isinya akan mengakibatkan klaim pending atau berkas klaim dikembalikan oleh BPJS Kesehatan.

Pemberkasan juga selalu disusun rapi karena hal tersebut mempermudah mereka dalam memasukan lembar tagihan yang keluar dari INA CBG'S karena INACBG'S mengurutkan daftar tagihan berdasarkan nomer urut SEP. Administrator banyak melakukan inisiasi dalam pengecekan ke bagian pendaftaran rawat jalan di klinik apabila ada resume medis yang tidak terisi oleh dokter, kemudian menelurusi apakah pasien

benar berobat dengan mencari bukti tertulis dari dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Resume medis merupakan salah satu kelengkapan berkas yang menjadi indikator dalam penyelesaian pengajuan klaim karena berkas tersebut yang menentukan persyaratan kelengkapan berkas lainnya.

Berdasarkan penyajian data, dapat dianalisis bahwa Administrator BPJS Rumah Sakit RS Haji Medan Estate dalam menyelesaikan pengajuan klaim reguler dan klaim pending memang mengalami kesulitan, namun seluruh klaim bisa diselesaikan secara bertahap serta mendapat pengaruh yang besar karena dibimbing oleh Koordinator BPJS Rumah Sakit Haji. Sebagaimana menurut (Paais & Pattiruhu, 2020) kepemimpinan memiliki pengaruh yang penting juga pada suatu kegiatan organisasi.

Kendala-Kendala yang Dihadapi Administrator BPJS Rumah Sakit RS Haji Medan Estate dalam Menyelesaikan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan kepada BPJS Kesehatan

Berdasarkan analisis dalam beberapa jenis-jenis kendala yang disampaikan oleh Hansen dan Mowen, hanya kendala eksternal yang menjadi kendala Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan kepada BPJS Kesehatan. Persyaratan administrasi seperti resume medis yang menjadi kendala untuk dilengkapi adalah faktor bagian dari kewajiban dokter yang bertanggung jawab atau DPJP untuk mengisi secara lengkap. Sehingga Administrator BPJS tidak menjadikan hal tersebut penghambat dalam menyelesaikan berkas klaim untuk melakukan pengecekan ke bagian pendaftaran rawat jalan di klinik, mendatangi asisten dokter untuk dimintakan kepada DPJP atau dokter penanggung jawab pasien yang melakukan pemeriksaan.

Berdasarkan analisis, dalam pemenuhan penggantian biaya pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan dalam Manajemen Informasi Kesehatan V “Sistem Klaim dan Asuransi Pelayanan Kesehatan” menurut Kementerian kesehatan Republik Indonesia secara umum kendala yang dihadapi oleh Administrator BPJS diantara keempat poin a, b, c, d hanya pada poin d yang menjadi kendala Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan Rumah Sakit RS Haji Medan Estate yaitu melengkapi berkas klaim pada pelayanan rawat jalan karena resume medis yang belum di isi oleh dokter. Isian resume medis merupakan faktor penentu terselesaikannya

pengajuan klaim serta mendapat hasil yang baik dari hasil verifikasi oleh BPJS Kesehatan karena resume medis menentukan kelengkapan berkas dalam pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Adapun kendala baru yang ditemukan adalah berkaitan dengan teknologi yang dimiliki karena sistem informasi manajemen rumah sakit atau disingkat SIMRS atau billing system komputerisasi yang belum satu server atau manual di masing-masing bagian. Penarikan data cukup sulit dilakukan dan menjadi kendala Administrator BPJS Rumah Sakit RS Haji Medan Estate karena ada data yang tidak sama yang disebabkan karena tiap bagian memiliki kriteria persyaratan pendaftaran masing-masing. Sebagaimana billing system menjadi kendala menurut penelitian (Malonda, 2015) bahwa billing system diperlukan sistem dasar dalam pengolahan transaksi yang akan mempermudah sekaligus mempercepat proses pembuatan rincian pasien untuk kelengkapan dokumen klaim. SIM-RS yang satu server menjadi bahan pertimbangan perbaikan rumah sakit untuk bridging ke server BPJS atau yang terhubung di semua bagian Rumah Sakit Haji.

IV. KESIMPULAN

Untuk dapat berobat menggunakan BPJS, pasien peserta BPJS rawat jalan harus memenuhi dokumen yang terdiri dari identitas pasien dan kartu BPJS serta surat rujukan. Masalah yang sering terjadi dalam proses pelayanan adalah peserta yang tidak membawa persyaratan secara lengkap serta petugas yang kurang lengkap dalam pengisian dokumen pasien. Berkas dari pasien diperiksa kelengkapan berkasnya serta diperiksa kesesuaian LBP dengan billing. Apabila sudah lengkap dan sesuai berkas tersebut akan dikoding, namun apabila masih terdapat kesalahan berkas tersebut direvisi kembali. Petugas rekam medis atau poli sering tidak mengisidata pasien dengan lengkap. Verifikator administrasi yang juga merangkap sebagai koder dalam prosedur klaim pelayanan pasien rawat jalan BPJS Kesehatan bertugas untuk melakukan verifikasi berkas menjadi layak untuk diajukan. Kendala yang sering ditemui dalam proses verifikasi adalah masih adanya berkas yang tidak terisi oleh petugas poli seperti tanda tangan DPJP dan LBP sehingga menambah pekerjaan bagi petugas verifikasi

V. DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Athoillah, A. 2013. *Dasar-dasar Manajemen*. Bandung: Pustaka Setia
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- BPJS Kesehatan 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: BPJS
- Bustami. 2011. *Penjamin Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*. Jakarta : Erlangga.
- Christina M. A. Kalebos, Franckie R.R. Maramis, Nancy S.H. Malonda. 2016. Kajian Tentang Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Rsud Maria Walanda Maramis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Manado: Universitas Sam Ratulangi
- Firsa Olivia Susan, Septo Pawelas Arso, Putri Asmita Wigati. 2016. Analisis administrasi klaim jaminan kesehatan nasional rawat jalan RS. Moewardi tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)* Volume 4. Universitas Diponegoro
- Mubarak, Wahid Iqbal, dkk. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Metode Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Nasution, A. 2012. Evaluasi Sistem Pelaksanaan Program Perawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kota Tebing Tinggi Provinsi Sumatra Utara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Universitas Sumatera Utara
- Notoatmodjo, S., 2007. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28. 2014. *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Kementrian Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 59. 2014. *Standart Tarif JKN*. Jakarta : Kementrian Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71. 2013. *Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementrian Kesehatan
- Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang *Jaminan Kesehatan*. 23 Januari 2013. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29. Jakarta
- Sugiyono, Dr. 2011. *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: ALFA BETA
- Suharto, E. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung : Alfabeta, Bandung.
- Taliana D. Malonda, A. J. M. Rattu, T. Soleman. 2015. Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *Jurnal JIKMU*. Universitas Sam Ratulangi Manado