

Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano

Analysis BPJS Filing Claims in Dr Sam Ratulangi Tondano Hospital

Taliana D. Malonda¹⁾ A. J. M. Rattu²⁾ T. Soleman¹⁾

¹⁾ Program Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi Manado

²⁾ Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado

Abstrak

Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai tindak lanjut dari pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan untuk pembiayaan kesehatan. Untuk itu, dalam rangka memahami dengan jelas dan lengkap sistem kesehatan maka perlulah dipahami pula tentang subsistem pembiayaan kesehatan. Namun kenyataannya hal ini masih kurang dimengerti dan dipahami sepenuhnya dimana masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan rumah sakit, yaitu pengajuan klaim tidak sesuai dengan prosedur dan tarif dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga menimbulkan masalah bagi RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano. Tujuan penelitian ini adalah menganalisa pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Penelitian informan didasarkan pada prinsip kesesuaian (*appropriatenesis*) dan kecukupan (*adequency*). Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa masalah dalam koordinasi dan kerja tim serta keterlambatan penyerahan dan tidak lengkapnya dokumen serta belum adanya *billing system* menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano.

Kata kunci: BPJS, Pembayaran Klaim.

Abstract

Programs Social Security Agency (BPJS) Health as a follow-up of the National Health Insurance (JKN) aims for health financing. In order to clearly understand health system completely, it is necessary to also understand about health financing subsystems. But the fact is it is still poorly understood and not fully understood where there are problems between health services received by the claims and demands of hospitals, namely the filing of the claim is not in accordance with the procedures and tariffs in the Cooperation Agreement (MCC) causing problems for hospitals Dr. Sam Ratulangi Tondano. The purpose of this study was to analyze the filing of claims BPJS Health in Hospital Dr. Sam Ratulangi Tondano. This study used a qualitative method. The study is based on the principle of suitability informants (appropriatenesis) and adequacy. Based on the principle that an informant in a study of 10 people. From the results of the study, it showed that there are still some problems in coordination and teamwork, as well as delays in delivery and incomplete documents and the lack of billing system, causing delays in the payment of claims BPJS Health Hospital Dr. Sam Ratulangi Tondano.

Keyword: *Programs Social Security Agency, Filing Of Claims*

Pendahuluan

Falsafah dan dasar negara Indonesia yaitu Pancasila terutama sila kelima mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No. 23/1992 yang kemudian diganti dengan UU 36/2009 tentang Kesehatan. Dalam UU 36/2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumberdaya 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. (Anonimous, 2014)

Menurut JKN, Pemerintah bertanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Usaha ke arah itu sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero). Masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Jenis - jenis program tersebut masih belum efektif dan efisien. Biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ditetapkan untuk mengatasi persoalan dalam bidang kesehatan.

UU Nomor 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS ditetapkan didalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun

2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Sebagai tindak lanjut JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan (*Roadmap*) JKN yang dituangkan juga dalam Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Salah satu subsistem yang terdapat dalam sistem kesehatan ialah subsistem pembiayaan kesehatan. Untuk itu, dalam rangka memahami dengan jelas dan lengkap sistem kesehatan maka perlulah dipahami pula tentang subsistem pembiayaan kesehatan. Namun dalam kenyataan hal ini masih kurang dimengerti dan dipahami sepenuhnya dimana masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan rumah sakit, yaitu pengajuan klaim tidak sesuai dengan prosedur dan tarif dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga menimbulkan masalah bagi rumah sakit.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Sam Ratulangi Tondano merasakan dampak perubahan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini dan mempengaruhi pelayanan secara umum dan khususnya pelayanan pada pasien dengan kepesertaan BPJS.

Rumah sakit yang sudah maju dan memiliki pendapatan dengan jumlah besar akan kurang merasakan dampaknya sebaliknya bagi RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano sangat mempengaruhi operasional bahkan sampai kepada mutu pelayanan, hal inipun ternyata masih menjadi masalah bahkan lebih terasa dampaknya ketika di era sekarang ini

melalui program JKN oleh BPJS Kesehatan dengan banyaknya kebijakan dan prosedur klaim yang harus dilengkapi oleh rumah sakit. Sejak 1 Januari 2014 sampai 31 Maret 2014 klaim RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano untuk Januari 2014 proses pengajuan klaimnya selesai pada akhir Februari 2014 direalisasikan pembayaran klaimnya oleh BPJS Kesehatan pada awal Maret 2014. Sampel dokumen klaim BPJS kesehatan ditemukan adanya masalah ketidaklengkapan dokumen klaim terutama pada rekapitulasi pelayanan dalam rekam medis dan berkas pendukung pasien yang merupakan sebagian dan kelengkapan dokumen dan prosedur klaim.

Wawancara dengan petugas yang menangani klaim BPJS kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano menunjukkan beberapa masalah dalam pengajuan klaim BPJS kesehatan antara lain; kurangnya pengetahuan dan pemahaman dari dokter, perawat, dan petugas rekam medik terhadap kelengkapan dokumen rekam medis, dokumen klaim dan lambatnya penyerahan dokumen klaim dari ruangan perawatan ke petugas ruangan medik dan ke ruangan klaim rumah sakit, sehingga operasional rumah sakit terhambat karena dana klaim harus disetor terlebih dahulu ke kas daerah.

Berkaitan dengan beberapa permasalahan tersebut di atas, maka tujuan yang akan dicapai dari penelitian ini ialah untuk menganalisis pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Sam Ratulangi Tondano.

Metode

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk mengetahui lebih mendalam tentang pengajuan klaim BPJS

Kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano. Penelitian dilaksanakan pada Desember 2014 sampai dengan Maret 2015, di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano. Penelitian informan pada penelitian ini didasarkan pada prinsip kesesuaian (*appropriatenesis*) dan kecukupan (*adequency*). Prinsip kesesuaian yaitu informan dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan topik penelitian. Prinsip kecukupan yang dimaksud ialah jumlah informan tidak menjadi faktor penentu utama akan tetapi kelengkapan data yang dipentingkan. Berdasarkan prinsip tersebut yang menjadi informan adalah dalam penelitian berjumlah 10 orang, yaitu Direktur RS 1 orang, Kepala Ruangan 2 orang, Kepala Rekam Medis 1 orang, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) 1 orang, Perawat Pelaksana 1 orang, Petugas Rekam Medis 1 orang, Petugas Koder/Petugas Entry Data 1 orang, Petugas Verifikator 2 orang. Data primer diperoleh dan hasil wawancara mendalam terhadap para infoman yang berhubungan dengan pelaksanaan prosedur klaim fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan di RSUD DR.Sam Ratulangi Tondano. Analisis hasil observasi bertujuan untuk mengamati pelaksanaan prosedur klaim BPJS Kesehatan di ruang rawat inap. Analisis data pada penelitian ini menggunakan *content analysis*.

Hasil dan Pembahasan

1. Rekapitulasi Pelayanan

Pengajuan klaim pada rekapitulasi pelayanan melalui hasil wawancara mendalam menggambarkan bahwa sebagian besar status rekam medis yang berhubungan dengan dokumen klaim tidak diisi dengan lengkap yang meliputi identitas pasien ; identitas umum (nama, umur, tempat tanggal lahir, alamat, nomor handphone/telepon, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penanggungjawab

pembayaran), identitas khusus (nomor rekam medis, nomor surat *eligibilitas* pasien (SEP), tanggal masuk, tanggal keluar). Petugas rekam medis juga sering lupa melampirkan rujukan pasien dan tidak menulis data kepersertaan, begitu juga pengembalian rekam medis dan penyerahan dokumen klaim tidak tepat waktu. Beberapa informan mengatakan waktu pengembalian lebih dari 2 minggu.

Hasil observasi langsung dengan penelusuran terhadap dokumen melalui buku *ekspedisi* dan *mutasi* ditemukan seluruh status rekam medis yang berisikan tentang rekapitulasi pelayanan tidak lengkap ditemukan selama triwulan pertama 2014 bulan Januari, Februari dan Maret dokumen klaim yang disetor diruang klaim RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano tidak lengkap sehingga dikembalikan untuk dilengkapi, begitu juga dengan ketepatan waktu pengembalian status rekam medis rata-rata lebih dari 2 (dua) minggu. Mayoritas pengembalian rekam medis berdasarkan hasil wawancara dan observasi dokumen adalah tidak tepat waktu, Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/11/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah ≤ 24 jam.

Kepala rekam medik dan kepala-kepala ruangan tidak melaksanakan monitoring dan evaluasi secara rutin. Karena itu tidak ada pengawasan terhadap jalannya proses pencatatan rekam medis dan kelengkapan dokumen klaim pada setiap ruang perawatan.

Kendala yang disampaikan oleh sebagian besar informan adalah kurangnya pengetahuan dan pemahaman dari petugas untuk melengkapi status rekam medis dan penyerahan dokumen klaim yang selalu terlambat. Hal ini sama dengan Gibson (1977), yang menyatakan bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh imbalan atau kompensasi dan motivasi kerja. Kompensasi merupakan sesuatu yang diterima karyawan (petugas medis)

sebagai pemilikan dari kontribusi jasa mereka pada perusahaan (rumah sakit). Motivasi petugas rekam medis yang kurang bisa dimakhlumi karena mereka hanya memiliki 1 akademik, berdasarkan hasil observasi dokumen ketenagaan 2 dari 3 petugas rekam medis ialah pegawai kontrak.

Hasil wawancara mendalam mengenai kendala yang juga mempengaruhi pada rekapitulasi pelayanan oleh sebagian besar informan menyatakan bahwa pengetahuan atau kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) petugas medis yang berhubungan langsung dengan pengusulan pengajuan klaim tidak sesuai dengan kompetensi dan spesifikasi pendidikan. Hasil observasi dengan penelusuran data pada dokumen personil petugas rekam medis di ruang tingkat pendidikan petugas rekam medis yang berjumlah 3 (tiga) orang semuanya tidak berijasahkan Perekam Medis, rata-rata tingkat pendidikan adalah S1 dan SMU dan belurn mengikuti kursus atau pelatihan yang berhubungan dengan rekam medis sehingga dapat disimpulkan bahwa SDM petugas rekam medis secara kualitas masih kurang. Menurut Foster, dkk (2001), bahwa menurunnya kinerja karena kurangnya pengetahuan karyawan yang menyebabkan karyawan tidak mengetahui informasi yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan atau tidak tahu cara melaksanakan. tanggung jawab, juga disebabkan kurangnya ketrampilan, meskipun seseorang secara intelektual memahami cara untuk melakukan pekerjaan, tetapi tidak memiliki ketrampilan untuk melakukan hal ini dapat mempengaruhi kinerja.

Rekapitulasi Pelayanan semua data harus ditulis secara lengkap untuk mempercepat proses klaim dan sebagai dokumen arsip pada rumah sakit. Ketidaklengkapan dan keterlambatan dalam pengisian status rekam medis berdampak langsung terhadap pengusulan pengajuan Klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan.

2. Berkas Pendukung Pasien dan Bukti Pelayanan Lain

Hasil wawancara mendalam tentang pengajuan klaim pada berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lain menunjukkan sebagian besar dokumen klaim tidak lengkap yaitu resume medis, pengantar rawat inap dan perincian tagihan manual rumah sakit serta penyerahan dokumen klaim juga tidak tepat waktu, rata-rata penyerahan dokumen klaim ialah lebih dari 3 hari. Hasil observasi melalui penelusuran langsung pada buku *ekspedisi* dan *mutasi* di ruangan inap dan di ruangan klaim ditemukan dari Januari 2014 sampai dengan Maret 2014 berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lain tidak lengkap, di mana banyak dokumen klaim yang tidak lengkap ketika diserahkan ke bagian klaim dan tidak tepat waktu dalam penyerahan dokumen klaim yaitu lebih dari 2 minggu.

Ketidaklengkapan dan keterlambatan pengembalian status rekam medis dan dokumen klaim pada berkas pendukung dan bukti pelayanan lain dari hari hasil wawancara ditemukan keluhan dan pernyataan dari Kepala Ruangan dan Perawat Pelaksana disebabkan DPJP belum mengisi dengan lengkap lembaran Resume Medis dan Pengantar Rawat Inap Pasien, sehingga pengembalian status rekam medis dan dokumen klaim menjadi lama berdasarkan hasil observasi penulis terhadap berkas dokumen klaim pada lembaran pengantar rawat inap pasien tidak dibuat ringkasan dan dokumen klaim resume medis juga tidak dibuat ketika dokumen klaim diserahkan ke ruang klaim, sehingga dari ruang klaim mengembalikan dokumen tersebut. Hal ini berdampak secara langsung pada ketepatan waktu pengajuan klaim menyebabkan pengajuan klaim menjadi lama.

Setelah pasien pulang seorang dokter yang merawat pasien tersebut akan

melengkapi data medis dilembar *resume medis* baik secara komputerisasi atau secara manual, *resume medis* diisi oleh Dokter secara manual dan data yang ada pada lembaran tersebut digunakan untuk membuat indeks dan coding penyakit yang nantinya diperlukan untuk analisis dan laporan yang diperlukan oleh rumah sakit termasuk juga pada dokumen klaim RS ke BPJS Kesehatan.

Sebagian besar informan dari hasil wawancara mengatakan bahwa tugas pembuatan rincian manual pasien bukan merupakan tugas pokok mereka. Penulisan data atau dokumen berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada tentang tugas dan fungsi Perawat Pelaksana tidak termasuk dalam pembuatan rincian manual pasien, tugas pembuatan rincian ini berdasarkan instruksi lisan dari Direktur rumah sakit kepada Kepala-Kepala Ruangan. Hal ini mempengaruhi kinerja Perawat Pelaksana untuk membuat rincian manual pasien karena menurut mereka belum ada Prosedur tetap yang dikeluarkan pihak RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano.

Pengajuan klaim yang diterapkan pada RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano berdasarkan PKS antara pihak RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano dan BPJS Kesehatan cabang Minahasa serta berdasarkan perintah lisan Direktur rumah sakit. Dalam hal ini berdasarkan hasil penelitian pihak rumah sakit kurang melaksanakan sosialisasi tentang pelaksanaan PKS tersebut sehingga DPJP, Kepala-kepala ruangan dan Perawat Pelaksana kurang bahkan tidak mengetahui dampak yang akan terjadi bila tidak melaksanakan kelengkapan dokumen klaim di samping juga RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano belum mempunyai SOP tentang pelaksanaan prosedur klaim.

Kendala yang berhubungan juga dengan pembuatan tagihan rincian pasien berdasarkan hasil wawancara oleh sebagian kecil informan mengatakan belum adanya

billing system berdampak pada tugas rangkap perawat pelaksana dan bidan pelaksana. *Billing system* merupakan lapisan yang paling dasar, yaitu berupa sistem pengolahan transaksi. *Billing system* akan mempermudah sekaligus mempercepat proses pembuatan tagihan rincian pasien untuk kelengkapan dokumen klaim.

Mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Faktor ini terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersediannya fasilitas-fasilitas atau sarana yang merupakan sumberdaya untuk menunjang perilaku. Dalam hal ini tersedianya SOP pengajuan Klaim RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano kepada BPJS Kesehatan dan tersedianya *billing system*.

Dokumen Klaim berkas pendukung dan bukti pelayanan lainnya merupakan bagian yang harus dikerjakan oleh DPJP, kepala-kepala ruangan dan Perawat Pelaksana selain sebagai salah satu syarat pada pelaksanaan prosedur klaim fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan tetapi juga sebagai perlindungan hukum bagi DPJP, Bidan Pelaksana dan Perawat Pelaksana. Pendapat ini didukung oleh Nursalam (2011), semua catatan informasi tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum.

3. Pengkodean dan Pengentrian

Hasil penelitian tentang pengajuan klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan pada Pengkodean dan Pengentrian Data, sebagian besar informan menyatakan pengkodean atau proses koding dan pengentrian data mengenai keterlambatan dan prosesnya berlangsung lama. Dokumen klaim pada pengkodean dan pengentrian data meliputi; dokumen klaim rekapitulasi pelayanan, dan dokumen klaim pada berkas pendukung serta bukti pelayanan lain. Hasil observasi

melalui penelusuran langsung pada dokumentasi buku *ekspedisi* dan mutasi yang ada di ruangan klaim dan ruangan rawat inap ditemukan semua dokumen klaim dari Januari 2014 sampai dengan Maret 2014 tidak lengkap dan terlambat dalam penyeteroran dokumen rata-rata penyeteroran dokumen klaim lebih dari 3 (tiga) minggu.

Berdasarkan wawancara mendalam langsung dengan informan petugas koder mengungkapkan ketidaklengkapan dan keterlambatan penyeteroran dokumen klaim dari ruangan-ruangan membuat penumpukan berkas klaim yang akan dikoding dan dientry serta penulisan kode diagnosa yang tidak sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9 CM sehingga proses koding menjadi lama, akan tetapi secara khusus petugas koder tidak mengungkapkan bahwa hal ini menambah beban kerjanya.

Kendala pada pengkodean dan pengentrian data berdasarkan hasil wawancara oleh beberapa informan menunjukkan keterlambatan pada pengkodean dan pengentrian disebabkan karena RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano belum memiliki sistem jaringan internet yang memadai. Penelusuran melalui observasi langsung di ruang klaim ditemukan petugas koder menggunakan akses internet yang belum memadai dalam melaksanakan pengentrian data. Tetapi berdasarkan observasi lanjutan seminggu setelah wawancara dengan informan di ruangan klaim sudah terpasang jaringan internet dari PT.Telkom melalui *local area network*, Adanya akses internet yang memadai akan mempengaruhi kualitas pelayanan .

informasi yang dihasilkan dari suatu proses perolehan data tidak boleh terlambat, sehingga untuk itu dibutuhkan teknologi-teknologi terbaru untuk mendapatkan, mengelolah dan mengirim informasi (Kristanto, 2003).

4. Verifikasi Data

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

Hasil wawancara pelaksanaan prosedur pada verifikasi data sebagian besar informan tidak mengetahui tentang proses verifikasi karena verifikasi data dilakukan oleh vertifikator yaitu petugas verifikasi dan BPJS Kesehatan dan diungkapkan juga di mana pada verifikasi data belum berjalan dengan baik semua dokumen yang akan di verifikasi terlambat di serahkan dan banyak yang tidak lengkap. Penelusuran langsung pada dokumentasi buku *ekspedisi* dan *mutasi* yang ada ditemukan banyak dokumen klaim yang di serahkan tidak tepat waktu dan tidak lengkap sebanyak 156 dokumen rawat inap ketika disetor semuanya terlambat lebih dan 3 x 24 jam sesuai dengan instruksi lisan Direktur rumah sakit dan dokumen klaim meliputi rekapitulasi pelayanan.

Dokumen klaim yang dibutuhkan di verifikasi data meliputi fotocopy, Kartu Peserta BPJS, SEP, Surat Rujukan, *Billing System* atau Rincian Manual tagihan RS, Resume Medis dan Pengantar Rawat Inap Pasien berdasarkan pedoman pada PKS RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano dengan BPJS Kesehatan Manado.

Kendala pada verifikasi data adalah ketidak lengkapan meliputi rekapitulasi pelayanan, berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya serta proses koding yang lama, dimana sering terjadi ketidak sesuaian dan ketidak lengkapan kode diagnosis yang menyulitkan proses verifikasi, sehingga banyak dokumen klaim tertumpuk dan verifikasi harus

mengerjakan semua dokumen yang tertumpuk, ini menyebabkan beban kerja bertambah pada verifikasi.

5. Pengajuan Klaim

Hasil penelitian tentang pengajuan klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan pada pengajuan klaim ialah pengajuan klaim sering terlambat di sebabkan karena dokumen tidak lengkap dan waktu penyerahan yang lambat sehingga mempengaruhi pada proses koding dan entri data serta verifikasi. Dokumen klaim yang berhubungan dengan pengajuan klaim adalah laporan pertanggungjawaban, yaitu laporan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Laporan rekapitulasi klaim berbentuk : Rekapitulasi Klaim yang berisi jumlah klaim dan total klaim keseluruhan ditanda tangani kedua belah pihak, dengan salinan (*fotokopi*) sebagai arsip verifikasi, serta Klaim koreksi bila ada hal lainnya yang perlu untuk di koreksi.

Pengajuan klaim di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano terlambat bukan di sebabkan oleh lamanya proses pembuatan laporan pertanggungjawaban melainkan karena menunggu hasil verifikasi data pada dokumen klaim. Pengajuan klaim dilakukan dengan menggunakan *software INA-CG'S* yaitu secara rutin paling lambat tanggal 10 hari bulan berikutnya. Pengajuan klaim di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano terlambat diajukan lebih dari 10 hari bulan berikutnya penelusuran data melalui buku *ekspedisi* dan *mutasi* serta arsip dokumen klaim di ruangan klaim juga di ruangan inap ditemukan untuk Januari 2014 pengajuan klaim dilaksanakan pada 28 Februari 2014. Februari 2014 klaim diajukan pada 28 Maret 2014, dan Maret 2014 klaim diajukan pada 8 Mei 2014.

6. Faktor Penghambat Pengusulan Pengajuan Klaim RSUD DR.Sam Ratulangi Tondano

Hasil penelitian melalui wawancara ditemukan bahwa ada kendala-kendala yang dapat mempengaruhi secara keseluruhan untuk pengusulan pengajuan Klaim Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan dimana sebagian besar informan menyatakan kurangnya kualitas dan kuantitas SDM, kurangnya reward/penghargaan, supervisi yang belum optimal, belum ada SOP yang di keluarkan oleh Direktur rumah sakit dalam bentuk Surat Keputusan Tentang Pengusulan Pengajuan Klaim RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano ke BPJS Kesehatan, dan belum ada *Billing System*

a. Kurangnya Kualitas dan Kuantitas SDM

Sumber Daya manusia (SDM) merupakan salah satu komponen yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan sebuah sistem. SDM yang handal dibutuhkan didalam mengelola data dan informasi kesehatan, sehingga kualitas informasi yang didapatkan oleh rumah sakit akan efektif. Untuk pengusulan pengajuan klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan dibutuhkan SDM yang berkualitas begitu juga dengan ketersediaan jumlah tenaga yang memadai.

Hasil wawancara mengenai kendala dalam pengajuan klaim sebagian besar informan mengatakan bahwa proses pengajuan klaim belum berjalan optimal disebabkan kurangnya kualitas dan kuantitas SDM, pernyataan tentang hal ini diungkapkan oleh informan, kepala rekam medis sebagai penanggung jawab di ruangan rekam medis, DPJP rumah sakit dan petugas rekam medis, dalam pernyataan mereka terungkap bahwa dari segi kualitas SDM di bagian rekam medis belum ada yang memiliki pengetahuan dan ketrampilan melalui pendidikan formal di bidang perekam medis. Hal ini berdampak langsung pada kelengkapan status rekam medis dan ketepatan pengembalian rekam medis yang secara langsung mempengaruhi pengusulan pengajuan klaim melalui kelengkapan dokumen

klaim. Dalam pengusulan pengajuan rekam medis perlu didukung adanya pelatihan dikarenakan pelatihan rekam medis penting untuk petugas rekam medis dalam meningkatkan kompetensi mereka. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan petugas koder dan verifikator dan didukung oleh informan triangulasi menyatakan bahwa dampak keterlambatan pengusulan pengajuan klaim dan ketidaklengkapan menyebabkan penumpukan dokumen klaim sehingga menambah beban kerja petugas koder dan verifikator, petugas koder berjumlah 1 orang dan petugas verifikator berjumlah 1 orang, melalui wawancara mendalam informan petugas koder dan petugas verifikator tidak menyatakan bahwa pekerjaan ini menjadi beban bagi mereka tetapi berdasarkan hasil observasi dokumen terjadi keterlambatan penyerahan dokumen klaim dari petugas koder pada pengkodean dan pengentrian data ditemukan rata-rata penyelesaian *coding* dan pengentrian data berkisar 1-2 minggu begitu juga dengan verifikator terjadi keterlambatan penyerahan dokumen hasil verifikasi berkisar antara 2 - 3 minggu. Secara kualitas SDM petugas koder dan verifikasi sudah terstandarisasi dari segi ketrampilan serta sesuai dengan kompetensi.

Kendala yang berhubungan dengan SDM berdasarkan hasil wawancara sebagian besar informan mengungkapkan bahwa DPJP dalam membuat resume medis pasien masih banyak yang tidak menuliskan kode diagnosa berdasarkan ICD-10 dan tindakan yang tidak sesuai dengan ICD-9 CM. Hasil oservasi pada dokumen klaim ditemukan banyak resume medis yang kode diagnosanya tidak sesuai dengan ICD-10 dan tindakannya juga belum sesuai dengan ICD-9 CM. Ini menunjukkan kualitas SDM dalam hal ini DPJP memang kurang dan belum tahu mengenai pengkodean ICD-10 dan ICD-9 CM, oleh karena itu perlu didukung adanya pelatihan khusus yang berhubungan dengan materi coding ICD-

10 dan ICD-9 CM didalam meningkatkan kompetensi mereka.

Berdasarkan kendala-kendala yang ditemukan melalui hasil wawancara dan hasil observasi dokumen yang berhubungan dengan SDM dapat disimpulkan bahwa kualitas SDM petugas rekam medis, koder dan verifikator masih kurang, dengan jumlah pasien yang semakin banyak dan pekerjaan menumpuk otomatis secara tidak langsung mempengaruhi kinerja petugas rekam medis, koder dan verifikator seharusnya bertambah. Begitu juga dengan kualitas SDM khususnya petugas rekam medis dapat disimpulkan baik petugas rekam medis maupun DPJP belum sesuai standarisasi dan kompetensi yang mengatakan rumah sakit dengan Tipe C harus memiliki 2 profesional rekam medis. (Keputusan Menteri Kesehatan Kepala Kepegawaian Negara Nomor 048/MENKES/SKB/2013 dan Nomor 2 Tahun 2003 tanggal 20 Januari 2003). Menurut Aditama (2003) Kurangnya tenaga dapat membuat beban kerja bertambah sehingga akhirnya mutu kerja menurun.

Dalam mengatasi kendala yang ada di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano dari hasil wawancara mendalam dengan 2 informan triangulasi mengatakan untuk mengatasi kendala yang ada dengan mengupayakan meningkatkan kualitas tenaga medis dan non medis dalam hal ini juga termasuk petugas rekam medis, petugas koder untuk menumbuhkan semangat petugas dan mengupayakan pekerjaan dapat selesai tepat pada waktunya. Upaya yang lain yaitu dengan mengikutsertakan petugas rekam medis, koder, verifikator dan DPJP dalam pelatihan yang berhubungan dengan tupoksi mereka.

b. Kurangnya Reward/Kompensasi

Reward adalah ganjaran, hadiah, penghargaan atau imbalan yang diberikan

kepada kinerjanya sesuai dengan keinginannya (Anonim, 2010). Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada seluruh informan mengatakan kendala dalam rekapitulasi pelayanan oleh petugas rekam medis adalah reward/kompensasi yang dirasakan kurang oleh petugas rekam medis. Dengan jumlah reward yang sudah ada dirasakan masih kurang, seharusnya dengan jumlah pasien meningkat dan dokumen klaim semakin banyak otomatis berpengaruh pada pekerjaan yang semakin banyak dan dari segi pendapatan meningkat seharusnya reward yang diterima bertambah.

Hasil observasi melalui dokumen di ruang keuangan ditemukan terdapat perbedaan antara *reward* petugas rekam medis dengan petugas kesehatan lainnya. Hal inilah yang merupakan salah satu penyebab keterlambatan dan ketidaklengkapan dokumen klaim pada rekapitulasi pelayanan. Kurangnya *reward* dapat mempengaruhi secara langsung pengusulan pengajuan klaim dari RSUD Dr.Sam Ratulangi ke BPJS Kesehatan. Untuk mengatasi kendala dengan memberikan tambahan jumlah *reward* dan hal ini juga merupakan wujud kepedulian dan penghargaan pihak rumah sakit dengan pertimbangan petugas rekam medis akan bekerja sesuai dengan tupoksinya dalam kelengkapan pencatatan rekam medik dan ketepatan waktu penyerahan dokumen klaim.

c. Supervisi Yang Belum Optimal

Kegiatan supervisi mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang kondusif dan nyaman yang mencakup lingkungan fisik, atmosfir kerja dan jumlah sumber-sumber yang dibutuhkan untuk memudahkan pelaksanaan tugas. Oleh karena itu tujuan supervisi diarahkan pada kegiatan mengorientasikan kepada seluruh petugas yang berhubungan dengan pengusulan pengajuan Klaim Fasilitas Kesehatan

(RS) ke BPJS Kesehatan. Memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran dan mengerti peran serta fungsinya sebagai petugas pelaksanaan dokumen klaim dan difokuskan pada pemberian pelayanan kemampuan melaksanakan pengusulan pengajuan klaim dan pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa supervisi yang dilakukannya sekedar mengecek tetapi kurang memberikan bimbingan dalam pengusulan pengajuan klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan. Supervisi bukan hanya mengawasi apabila DPJP, Perawat Pelaksana, Petugas Rekam Medis, Petugas Koder dan Petugas Verifikator menjalankan tugasnya dengan sebaik-baiknya sesuai dengan instruksi atau ketentuan yang telah digariskan, tetapi juga bersama untuk bagaimana memperbaiki pengusulan pengajuan klaim yang sedang berjalan. Salah satu fungsi management ialah *Directing* dimana didalamnya terdapat kegiatan supervisi.

Supervisi adalah suatu proses memfasilitasi sumber-sumber yang diperlukan staf untuk menyelesaikan tugas-tugasnya. Supervisi juga upaya pengamatan secara langsung dan berkala yang dilakukan oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan dan memberi petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung untuk penyelesaian masalah.

Kegiatan supervisi akan mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang kondusif dan nyaman yang mencakup lingkungan fisik, atmosfer kerja dan jumlah sumber-sumber yang dibutuhkan untuk memudahkan pelaksanaan tugas, teori Gibson yang dikembangkan oleh Ilyas Y, (2001) menyatakan bahwa variabel supervisi yang terdapat pada kelompok

variabel organisasi sangat penting pengaruhnya dengan kriteria individu.

d. Belum Ada Billing System Komputerisasi

Rumah sakit memerlukan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) terutama untuk melayani fungsi administrasi dan fungsi klinis yang dapat secara langsung memperbaiki kualitas layanan. Fungsi administrasi mencakup alur proses pasien dari registrasi sampai pasien keluar dari rumah sakit, didalam fungsi ini terkait berbagai unit seperti akunting, penagihan, farmasi, *housekeeping*, dan laboratorium. Fungsi klinis mencakup rekam medik termasuk hasil prosedur diagnostik, akses pada diagnostik baku dan prosedur pemberian kode, tinjauan pada informasi pasien atau alarm otomatis yang mengingatkan kontra indikasi atau ketidaksesuaian antara obat yang diberikan (Kunders, 2004).

Hasil wawancara mendalam tentang kendala pengusulan pengajuan klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan ditemukan RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano belum mempunyai *billing system* komputerisasi, sehingga pekerjaan baik administrasi maupun keuangan masih banyak di kerjakan secara manual dan membutuhkan waktu yang panjang, Hal ini mempengaruhi pelaksanaan prosedur klaim.

Billing system komputerisasi merupakan salah bagian dari SIMRS yang merupakan salah satu penentu keberhasilan pengelolaan rumah sakit untuk menjamin management keuangan dan administrasi yang cepat, transparan, dan tanggungjawab. Didalam mendukung operasional, manajemen, dan pengambilan keputusan RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano kedepan dibutuhkan system informasi manajemen berbasis komputerisasi.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa:

1. 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.
2. Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano pada berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya belum berdasarkan kriteria sesuai dengan PKS. DPJP dan Perawat kurang berperan dalam melengkapi dokumen klaim.
3. Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano pada pengkodean dan pengentrian data belum berjalan dengan maksimal semua berkas dokumen klaim rawat inap terlambat diserahkan dan tidak lengkap serta belum adanya *billing system* yang mempermudah pembuatan rincian tagihan pasien.
4. Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano pada verifikasi data menjadi tidak optimal karena dokumen klaim yang akan dilakukan verifikasi tidak lengkap dan sering terlambat dalam penyerahan dokumen klaim dari petugas koder dan entry data menjadikan dokumen tertumpuk sehingga beban kerja verifikator bertambah.
5. Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano pada klaim belum sesuai dengan waktu yang disepakati lewat PKS antara RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano

dengan BPJS wilayah Manado yaitu 10 hari setelah bulan berjalan.

Saran

Saran yang dapat diberikan dengan melihat hasil penelitian ini adalah:

1. bagi RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano
 - a. Membuat SOP pengajuan klaim Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano.
 - b. Mengikut sertakan petugas rekam medis pada pelatihan kursus-kursus yang berhubungan dengan pengisian dokumen klaim dan rekam medis serta meningkatkan kualitas SDM dengan memberikan bantuan pendidikan Formal di bidang Rekam Medis kepada petugas rekam medis melalui rencana kerja anggaran RSUD DR.Sam Ratulangi Tondano.
 - c. Membuat *billing system* komputerisasi untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan serta mempercepat pengusulan pengajuan
 - d. Menambah kuantitas SDM personil di RSUD Dr.Sam Ratulangi Tondano khususnya petugas rekam medis dan petugas koder.
 - e. Mengusulkan meningkatkan kwalitas SDM verifikator kepada BPJS Kesehatan, mengingat dengan peningkatan jumlah pasien yang semakin bertambah.
 - f. Membuat komputerisasi sistem informasi rumah sakit.
2. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah materi kuliah tentang BPJS Kesehatan di program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Kiranya penelitian ini juga dapat digunakan sebagai bahan penelitian selanjutnya bagi mereka yang akan meneliti tentang hal yang berhubungan dengan prosedur pengusulan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Saran saya untuk

penelitian lanjut yaitu evaluasi dokumen rekam medik dan dokumen klaim Faskes Lanjutan terhadap pembayaran klaim BPJS Kesehatan.

Daftar Pustaka

- Anonim. 2014. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*.
- Aditama, T. Y. 2003. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit Edisi Ke-2. Jakarta University Indonesia (UI Press)*
- BPJS, *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*
- Foster. Bill dan Seeker, Karen. R. 2013. *Pembinaan Untuk Meningkatkan Kinerja Karyawan*, PPM, Jakarta.
- Gibson. J.L, Ivancevich.J.M, Donelly.J.H. 1997. *Organisasi Perilaku, Struktur, Proses*. Jilid 1, Erlangga, Jakarta.
- Ilyas, Y. 2001. *Kinerja Teori, Penilaian dan Penelitian*. Pusat Kajian Ekonorni Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Kristanto, A. 2003. *Facilities Perancangan Sistem Informasi dan Aplikasi*. Penerbit Gava Media Yogyakarta.
- Nursalam. 2011. *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep Dan Praktik*. Salemba Medika. Jakarta.