

# **FAKTOR-FAKTOR YANG MELATAR BELAKANGI PENOLAKAN KLAIM BPJS OLEH VERIFIKATOR BPJS DI RSJD DR. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2015**

Tyas Ardhitya\*), Agus Perry K, S.KG, M.Kes\*\*)

\*)Alumni Universitas Dian Nuswantoro Semarang

\*\*\*) Pengajar Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang

Email : [tyvano77@gmail.com](mailto:tyvano77@gmail.com)

## ***ABSTRACT***

A function of claims bpjs is the submission of the cost of maintaining participants bpjs patients from the hospital to the bpjs , where formerly care of patients costs borne by the hospital , research of the problem at the beginning there are still unclaimed . Based on a problem in early in doing in rsjd dr .Gondohutomo amino central java province found of the requirements that is less complete and dependence substance , penelitian aims to understand faktor- factors that drive like bpjs claims denied by verifikator bpjs.

This study using a method of interviews with the approach of cross sectional and type of research descriptive , while the population of this research based on patient visits bpjs quarter 1 of the results of the population in get a sample of 34 unclaimed of 450 from submitted to bpjs.

The research results can be produced there have been filing a claim that sop , but still not based on procedure , patients often do not bring the requirements , claims bpjs the delay occurred because some part of the incomplete data , often occurs konsistenan the patient name and verification of filing a claim that there is in accordance with the provisions.

Suggested that the board announcement about the terms of registration bpjs patients , the installation of information requirements registration bpjs patients in public health , preparing small ceklist for patients which contains requirements bpjs patients

Keywords: Verification bpjs claims

Literature : 12 (1994-2015)

## PENDAHULUAN

BPJS adalah badan penyelenggara jaminan sosial yang dibentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan untuk masyarakat. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program Kesehatan untuk mewujudkan masyarakat dengan pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. (sumber. UU No.24 Tahun 2011 Tentang BPJS, Pasal 7 ayat (1) dan ayat (2), Pasal (9) ayat (1) dan UU No. 40 Tahun 2011 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Pasa 1 ayat 8, pasa 4 dan pasal 5 ayat (1)).

UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN merupakan tonggak sejarah dimulainya reformasi menyeluruh sistem jaminan sosial di Indonesia. Reformasi program jaminan sosial yang berlaku saat ini penting karena peraturan pelaksanaan yang berlaku masih bersifat parsial dan tumpang tindih, manfaat program belum optimal dan

jangkauan program yang terbatas,serta hanya menyentuh sebagian kecil masyarakat.

Masyarakat sebagai Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan dan *Stakeholder* terkait tentu perlu mengetahui prosedur dan kebijakan pelayanan dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya.fasilitas kesehatan ajukan klaim tiap bulan secara reguler maksimal tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapasitas, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta maksimal 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima secara lengkap di kantor cabang/kantor Operasional Kabupaten/kota BPJS Kesehatan.

Pada saat pasien peserta BPJS mendaftar di tempat pendaftaran baik itu Rawat Jalan maupun Rawat Inap, surat rujukan tersebut akan selalu ditanyakan dan di minta oleh petugas. Karena surat rujukan tersebut akan digunakan untuk mengetahui jenis pelayanan apa yang akan diberikan kepada pasien sesuai dengan keluhan dan yang telah dirujuk oeh puskesmas. Dimana pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien merupakan pelayanan

kesehatan yang dijamin oleh pemerintah kesehatan. Kerugian yang diperoleh pasien bila pada saat berobat tidak membawa surat rujukan adalah pasien dianggap sebagai pasien umum, dan pasien harus membayar sendiri. Sedangkan kerugian yang di peroleh pihak Rumah Sakit khususnya petugas adalah terhambatnya proses pengajuan klaim, dan menambah beban kerja petugas itu sendiri.

Klaim rumah sakit dilakukan secara kolektif dan ditagihkan ke BPJS setiap bulan, dengan dilengkapi dokumen pendukung yaitu fotocopy kartu BPJS, surat rujukan, surat egibilitas pasien(SEP), surat bukti perawat, surat pernyataan, biaya yang harus dibayar. Fungsi dari klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS dari rumah sakit untuk pihak BPJS, yang sebelumnya biaya perawatan pasien ditanggung oleh rumah sakit.

Dari data yang diamati masih terdapat klaim di RSJD Dr. Amino Gondohutomo yang terjadi *unclaimed*. Untuk kelancaran proses pengajuan klaim setiap pasien harus membawa surat rujukan dan persyaratan lainnya. Di dasari keingintahuan peneliti untuk mengetahui bagaimana proses atau faktor-faktor yang mempengaruhi pengajuan klaim dan pelaksanaan klaim BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Oleh

karena itu penulis tertarik untuk mengambil judul “Faktor-faktor yang melatarbelakangi penolakan klaim BPJS oleh verifikator BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2015”.

## **TUJUAN PENELITIAN**

Mengetahui pelaksanaan pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan BPJS TPPRJ secara rinci di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah tahun 2015.

### **Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui SOP pengajuan Klaim yang berlaku di BPJS.
- b. Mengetahui kelengkapan dokumen- dokumen yang di gunakan dalam pengajuan Klaim BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
- c. Mengetahui pengajuan Verifikasi Klaim BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

## **METODOLOGI PENELITIAN**

Jenis penelitian dengan judul Faktor-faktor yang mempengaruhi proses pengajuan klaim BPJS TPPRJ di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015 adalah penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat

gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara Deskriptif. penelitian ini menggunakan menggunakan metode observasi dengan pendekatan *cross sectional*, artinya semua variabel yang diamati pada waktu yang sama.

## HASIL PENGAMATAN

### 1. SOP Pengajuan Klaim

*Standar Operating Procedure* adalah panduan hasil kerja yang diinginkan serta proses kerja yang harus dilaksanakan. SOP dibuat dan didokumentasikan secara tertulis yang memuat prosedur (alur proses) kerja secara rinci dan sistematis. Aur kerja tersebut haruslah mudah di pahami dan dapat di implementasikan dengan baik dan konsisten oleh pelaku.

### 2. Dokumen- Dokumen Yang Digunakan Untuk Proses Klaim

Formulir atau dokumen Rekam Medis yang digunakan untuk Klaim BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah yaitu antara lain :

Kartu Peserta BPJS / JAMKESDA

Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a. Surat Rujukan
- b. SEP (Surat Egibilitas Pasien)
- c. RJTL (*Resume* Pasien Rawat Jalan)
- d. Kuitansi Pembayaran
- e. Fotocopy Kartu Keluarga
- f. Fotocopy KTP
- g. Dokumen- dokumen dari unit pelayanan kesehatan di rumah sakit :

- 1) Bukti pemeriksaan
  - 2) Bukti penunjang diagnostik
  - 3) Bukti tindakan medik
  - 4) Bukti diagnosis yang menyebutkan atau tertera nama Dokter yang menangani
  - 5) Bukti resep dokter
- Dokumen tersebut ditanda tangani oleh petugas penanggung jawab di masing- masing unit terhadap setiap kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

### 3. Proses Verifikasi Klaim BPJS

Proses verifikasi yang dilakukan oleh petugas verifikasi dari BPJS sebelum dilakukan rekapitulasi pengajuan klaim yang akan ditanda tangani oleh Direktur

- a. Petugas verifikasi melakukan pengecekan

- terhadap kebenaran dokumen pasien peserta BPJS.
- c. Kemudian petugas verifikasi memastikan dikeluarkannya data *entry* rekapitulasi pengajuan klaim oleh petugas dengan data pengajuan Klaim.
  - d. Petugas verifikasi melakukan pengecekan terhadap kebenaran penulisan prosedur, diagnosa dan kode ICDnya.
  - e. Setelah semua data- data yang diperlukan sudah lengkap atau sudah sesuai, petugas mengajukan rekapitulasi pengajuan klaim yang sudah di tanda tangani oleh Direktur Rumah Sakit ke petugas BPJS Kesehatan.
  - f. Mengirim laporan rekapitulasi dan realisasi pembayaran klaim
- b. Terdapat surat rujukan dan SEP yang dicetak dari rumah sak.  
BPJS ke Rumah Sakit.

#### 4. Administrasi Klaim BPJS

Sebelum dilakukan pengecekan terhadap kelayakan berkas persyaratan oleh petugas verifikator BPJS. Petugas menyiapkan dokumen klaim yang telah dilakukan *grouper* sesuai paket INA-CBG's oleh petugas Klaim. Proses administrasi klaim BPJS antara lain :

- a. Petugas klaim menyiapkan dokumen klaim berupa hasil pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sesuai tarif rumah sakit kepada verifikator BPJS.
- b. Petugas verifikasi BPJS melakukan pengecekan terhadap kelayakan dokumen klaim meliputi layak kepesertaan, layak medik dan layak bayar.
- c. Dokumen yang sudah di cek oleh petugas verifikasi untuk layak diklaimkan akan direkap dari semua data pasien satu bulan.

- d. Sedangkan data yang belum layak untuk diklaimkan di kembalikan untuk di lengkapi terlebih dahulu.
- e. Rumah Sakit mengajukan klaim ke BPJS yang sudah lengkap dengan tanda tangan Direktur Rumah Sakit bersama dengan koordinator verifikator disertai catatan jika ada ketidaksesuaian dengan ketentuan.
- f. Verifikator BPJS melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan rumah sakit untuk mendapatkan pencairan dana.

## 5. Penyebab Terjadinya

### Keterlambatan Klaim BPJS

- a. Petugas mengumpulkan data yang akan diserahkan kepetugas verifikasi BPJS.
- b. Verifikator akan memverifikasi data tersebut, didalam proses verifikasi akan diperiksa kelengkapan data.
- c. Data yang lengkap akan direkap untuk proses pengajuan klaim ke BPJS.
- d. Data yang tidak lengkap akan dimintakan

kelengkapan kepada pihak rumah sakit.

- e. Data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh :

- 1) Tidak adanya surat rujukan
- 2) Pasien tidak menyerahkan fotocopy kartu keluarga
- 3) Diagnosa ketergantungan zat

## PEMBAHASAN

### 1. SOP Pengajuan Klaim

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah petugas BPJS sudah sesuai dengan prosedur yang berlaku

### 2. Dokumen- Dokumen Yang Digunakan Untuk Proses Klaim

Kelengkapan dokumen klaim yakni surat rujukan, pemeriksaan penunjang, diagnostik, dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggung jawab, serta obat- obatan yang digunakan sesuai dengan tarif yang digunakan sesuai dengan tarif yang berlaku sampai dengan pencairan klaim kepada pemberi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah sebelum dokumen diklaimkan, petugas klaim akan mengecek kelengkapan dokumen persyaratan tersebut. Jika terjadi kesalahan dalam pembuatan SEP saat pengajuan klaim maka petugas klaim akan membuat yang baru. Jika tidak lengkap pada persyaratan yang ditentukan maka akan dikembalikan dan diminta untuk melengkapi terlebih dahulu.

### 3. Proses Verifikasi Klaim BPJS

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah verifikasi pengajuan klaim dilakukan oleh petugas BPJS yang ditugaskan di rumah sakit tersebut. Proses verifikasi sudah sesuai dengan teori pada item antara lain :

- a. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulam berikutnya, kecuali kapasitas tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.
- b. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali

biaya dapat meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan peserta dalam bentuk salinan/ fotocopy rekam medis kepada fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.

- c. BPJS membayar RS BPJS Kesehatan berdasarkan paket *Indonesia Case Based Groups (INACBG's)*.
- d. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
- e. Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing- masing tagihan klaim.

Dari tiap bulan hasil wawancara kepada petugas verifikasi pengajuan klaim dilakukan setiap tanggal 10, klaim dilakukan menggunakan kelompok menurut kasus (*INACBG's*), petugas meminta informasi tentang data pasien untuk dilakukan pengecekan terhadap kelayakan data dan data bukti pelayanan sudah ditanda tangani oleh peserta atau keluarga pasien. Hal ini menunjukkan bahwa di rumah

sakit tersebut sudah menjalankan sesuai dengan ketentuan yang ada.

untuk mendapatkan pembayaran.

#### **4. Administrasi Klaim BPJS**

- a. Petugas menyiapkan dan menyampaikan dokumen klaim berupa bukti pelayanan sesuai tarif rumah sakit kepada verifikator eksternal.
- b. Verifikator eksternal melakukan pengecekan kelayakan terhadap dokumen klaim meliputi layak kepesertaan, layak medik dan layak bayar.
- c. Dokumen yang sudah layak untuk diklaimkan akan direkap dari semua data pasien selama satu bulan, sedangkan data yang belum layak untuk di klaimkan harus dilengkapi terlebih dahulu sebelum diklaimkan.
- d. Rumah Sakit mengajukan klaim ke verifikator BPJS yang telah ditandatangani oleh Direktur rekam medis
- e. Verifikator BPJS melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan

#### **5. Keterlambatan Klaim BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah**

Berdasarkan hasil pengamatan keterlambatan klaim BPJS di rumah sakit tersebut karena :

- a. Adanya ketidak lengkapan terhadap dokumen-dokumen yang akan diajukan dalam klaim kepada verifikator BPJS.
  - b. Data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh :
    - 1) Tidak adanya surat rujukan
    - 2) Pasien tidak menyerahkan fotocopy kartu keluarga
    - 3) Diagnosa ketergantungan zat
- Pelaksanaan untuk pengajuan klaim di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah pada dasarnya sudah sesuai dengan standar dari Departemen Kesehatan, namun dalam pelaksanaan masih ditemukan kendala yang menghambat proses pengajuan klaim. Hal ini disebabkan data yang akan diklaimkan tidak lengkap atau



belum memenuhi persyaratan pengajuan klaim.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pengamatan dan pembahasan pada Bab IV, maka dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut :

1. SOP pengajuan klaim di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah sudah menjalankan sesuai prosedur.
2. Adanya ketidak lengkapan terhadap dokumen- dokumen yang akan diajukan dalam klaim kepada verifikator BPJS.
3. Data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh :
  - a) Tidak adanya surat rujukan
  - b) Pasien tidak menyerahkan fotocopy kartu keluarga
  - c) Diagnosa ketergantungan zat
3. verifikasi pengajuan klaim dilakukan setiap tanggal 10, klaim dilakukan menggunakan kelompok menurut kasus (*INACBG's*), petugas meminta informasi tentang data pasien untuk dilakukan pengecekan terhadap kelayakan data dan data bukti pelayanan sudah ditanda tangani oleh peserta atau keluarga pasien. Hal ini menunjukkan bahwa di rumah sakit tersebut sudah menjalankan sesuai dengan ketentuan.

## SARAN

### Di tujukan kepada manajemen Rumah Sakit

1. Adanya penempelan/ pemasangan informasi tentang syarat- syarat pendaftaran pasien BPJS di pasang ditempat yang strategis. Sehingga pasien BPJS sudah mengetahui apa saja yang harus di lengkapi pada saat mendaftar di rumah sakit.
2. Adanya pemasangan/ penempelan informasi syarat pendaftaran pasien BPJS di Puskesmas.
3. Menyiapkan *check list* kecil untuk pasien yang berisi tentang persyaratan BPJS meliputi :
  - a. Fotocopy KTP.
  - b. Fotocopy kartu BPJS.
  - c. Fotocopy KK.
  - d. Surat rujukan asliDiberikan pada saat pasien mendaftar dan petugas selalu mengingatkan agar selalu melengkapi syarat- syarat sebagai pasien peserta BPJS.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penyelenggaraan *Jaminan Kesehatan Masyarakat*

- (Jamkesmas). Jakarta: Departemen Kesehatan. 2008.
2. Departemen Kesehatan RI. *Petunjuk Teknis Administrasi Klaim dan Verifikasi Jaminan Kesehatan Masyarakat* (Jamkesmas). Jakarta: Departemen Kesehatan. 2008.
  3. Depkes RI. Permenkes No. 269/MENKES/PER/III.2008.
  4. Huffman, Edna K. *Health Information Management. Physicians Record Company Berwyn Illinois*. 1994.
  5. Rustiyanto, Ery. *Etika Profesi Dan Hukum Kesehatan Dalam Manajemen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. PI Press. Yogyakarta. 2013.
  6. <http://id.shvoong.com/social-sciences/economics/2271455-jamkesmas-jaminan-kesehatan-masyarakat/#ixzz2EBivv22K>  
Diakses 1 Mei 2015 waktu 11.00 WIB
  7. <http://www.depkes.go.id/resources/download/peraturan/pmk-59-thn-2014-ttg-standar-tarif-jkn.pdf>
  8. Anonim. *Administrasi Klaim BPJS*. <http://www.Bpis-Kesehatan.go.id>
  9. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Penyelenggara Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan. 2014
  10. Notoadmojo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetaka Kedua. Jakarta 2002
  11. Wiyono, Djoko. *Managemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Cetaka Pertama. Jakarta 1999
  12. Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi Ketiga. Binapura Aksara. Jakarta. 1996
  13. Hatta, Gemala. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Ssarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press). 2012
  14. Moer tjahjo. *Sistem jaminan kesehatan: konsep desentralisasi terintegrasi*. Yogyakarta. 2008
  15. Sulastomo. *Asuransi kesehatan :sebuah kapita-selekta*. Askes. 1996