

FAKTOR – FAKTOR KETERLAMBATAN PENGEKLAIMAN BPJS DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG

TAHUN 2015

Puri Feriawati *), Agus Perry Kusuma **)

*) Alumni D3 RMIK UDINUS

**) Fakultas Kesehatan UDINUS

Email : puriferiawati@gmail.com

ABSTRAK

Social Security Agency (BPJS) is an institution established to administer the Social Security program in Indonesia based on Law No. 40 of 2004 and Act No. 24 of 2011. According to Law 24 of 2011 on BPJS formed into 2 BPJS Health; and BPJS Employment. Based on data from outpatient and inpatient in a period of one year ie from January 1, 2014 till December 2014, there were approximately 1,566 outpatients who use BPJS of a total of 9283 patients were treated and 419 inpatients who use BPJS of a total of 2819 patients served.

This type of research is descriptive, using the method of observation and cross-sectional approach and direct interviews with officers Target this research that the officer claims BPJS Bhayangkara Semarang, with medical record document object.

Based on the results of research on the factors - affecting faktot claiming BPJS Police Hospitals in Semarang, the conclusion in Semarang Police Hospitals no Standard Operating Procedure klian filing. In the implementation there are constraints - constraints that occur at the time the claim that the absence of verification sheets which should be given the registration section. The main diagnosis was not written, the incompatibility of date and out of the classroom and care in Gruper with documents belonging to the patient, the absence of a signature and the name of the doctor dilembar resume light.

From the research, it was concluded that the Standard Operating Procedures should be made a claim as a guideline in carrying out routine pekerjaan so that in case of obstacles - obstacles can be easily tracked. In addition officers should be more careful in collecting file so there is no shortage of the file in the previous section so that when mengeklaimkan can be faster without complete the file or sheet less.

Keywords : Insurance , BPJS , Delay claims

Bibliography : 15 (1985 - 2008)

Latar Belakang

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Sosial di Indonesia berlandaskan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS dibentuk menjadi 2 yaitu BPJS Kesehatan; dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah perusahaan asuransi yang kita kenal sebelumnya sebagai PT Askes. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Ketenagakerjaan merupakan transformasi dari Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja). BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program seperti jaminan kecelakaan kerja; jaminan hari tua; jaminan pensiun; dan jaminan kematian. ⁽²⁾

Rumah Sakit Bhayangkara Semarang belum pernah dilakukan penelitian tentang asuransi kesehatan pasien BPJS. Dalam proses pengklaiman terdapat syarat kelengkapan berkas yang harus dilengkapi, antara lain Surat Bukti Pelayanan (SBP), Riwayat Perjalanan Penyakit, Tanda Tangan Dokter, dan Kode Diagnosis. Sedangkan untuk kelengkapan kartu BPJS, *foto copy* KK/KTP, Rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama

dan Surat Egibilitas Pasien (SEP) atau surat keabsahan sebagai peserta BPJS.

Berdasarkan data rawat jalan dan rawat inap dalam periode satu tahun yaitu dari tanggal 1 Januari 2014 sampai Desember 2014, terdapat sekitar 1.566 pasien rawat jalan yang menggunakan JKN dari total 9283 pasien yang dilayani, dan 419 pasien rawat inap yang menggunakan JKN dari total 2819 pasien yang dilayani.

Berdasarkan *survey* awal yang peneliti lakukan pada tanggal 1 Maret 2015, program JKN masih terdapat beberapa kendala dalam proses administrasi pengajuan klaim. Terbukti dengan masih adanya pasien JKN yang pada saat mendaftar untuk berobat tidak membawa *foto copy* kartu BPJS dan surat rujukan yang telah ditentukan oleh BPJS. Pembuatan Surat Egibilitas Pasien (SEP) dibagian pendaftaran terkadang terdapat kendala yaitu tidak ditemukan identitas pasien didalam komputer, sehingga petugas pendaftaran harus menanyakan kepada petugas BPJS dibagian kasir.

Selain itu adanya berkas DRM (Dokumen Rekam Medis) yang tidak lengkap seperti tidak adanya tanda tangan dan nama terang dokter, diagnosis belum diisi / belum ditulis / kode diagnosis, riwayat perjalanan penyakit belum terisi dengan lengkap. Hal ini akan dapat menyebabkan

terhambatnya proses pengajuan klaim kepada BPJS.

Berdasarkan pertimbangan tersebut maka peneliti ingin mengetahui faktor – faktor apa yang mempengaruhi keterlambatan pengeklaiman BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Semarang tahun 2014.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif, yaitu penelitian mengamati sumber penelitian untuk melihat gambaran permasalahan secara obyektif. Penelitian ini menggunakan metode observasi dengan pendekatan *cross sectional*, artinya semua variabel yang diamati pada waktu yang sama. Subyek pada penelitian adalah faktor – faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim BPJS. Objek penelitian adalah petugas bagian pendaftaran pasien dan petugas bagian klaim.

HASIL

Berdasarkan hasil pengamatan Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Semarang belum terdapat Standar Operasional Prosedur yang mengatur prosedur pendaftaran maupun prosedur pengeklaiman khusus untuk pasien BPJS. Berdasarkan hasil pengamatan sampel dari 95 berkas

klaim, terdapat 6 berkas tidak lengkap atau terjadi kesalahan pada klaimnya. 6 berkas ini merupakan berkas dokumen rawat jalan dan dokumen rawat inap. Dokumen rawat jalan ada 4 (empat) dan dokumen rawat inap ada 2 (dua) dan terdapat 89 berkas sudah lengkap dan bisa diverifikasi untuk diklaimkan pada BPJS melalui verifikasi internal.

1. Kelengkapan Berkas

Pada nomor rekam medis 06-07-0197**, 05-11-0034**, 08-03-1010** terjadi kesalahan pada Gruper INACBG's yaitu nomor SEP pada tanggal masuk pada nomer rekam medis 06-07-0197**, kesalahan terjadi pada kelas perawatan dan tanggal keluar pada nomor rekam medis 05-11-0034**, kesalahan pada nomor SEP tanggal keluar terjadi pada nomor 08-03-1010**

Pada nomor rekam medis 04-12-0175** dan 09-08-1805** terjadi kesalahan ketidaklengkapan pada lembar verifikasi yaitu pada bagian legislator yang seharusnya ditandatangani oleh dokter belum ditanda tangani. Sementara untuk nomer rekam medis medis 04-05-1167** terjadi kesalahan pada lembar resume, dikarenakan belum adanya diagnosa dan tanda tangan serta nama terang dokter.

2. Prosedur Klaim Pasien BPJS

Pada bagian pendaftaran merupakan awal pengumpulan berkas syarat – syarat pendaftaran peserta BPJS. Kemudian berkas menuju administrasi pendaftaran untuk dilengkapi (seperti bukti pembayaran). Berkas menuju kebagian poli untuk dilakukan pemeriksaan, disitu berkas akan diisi diagnosa / tindakan dan mendapatkan resep dokter. Berkas menuju apotik untuk pengambilan obat oleh penderita dan dilengkapi apa saja data atau obat atau pemakaian yang telah diterima oleh pasien. Berkas menuju keuangan

untuk dicek kembali berkasnya dan jumlah administrasinya. Dari keuangan berkas menuju bagian RM untuk dikode, gruper dan diinput. Berkas kembali lagi kebagian keuangan untuk dicek kembali sebelum menuju bagian verifikasi BPJS. Setelah dicek kembali dibagian keuangan untuk dicek kembali sebelum menuju bagian verifikasi BPJS. Jika ada kesalahan, dokumen akan langsung dikembalikan menuju bagian rekam medis tanpa melalui administrasi, poli, apotik dan bagian keuangan. Dokumen atau berkas yang sudah diperbaiki akan dikirim langsung menuju BPJS.

3. SDM (Sumber Daya Manusia)

Petugas Klaim	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Kerja
1	26 Tahun	Perempuan	S1	3 Tahun

4. Sarana dan Prasarana

Dibagian RM khususnya pada bagian petugas klaim sudah menggunakan komputer dan menggunakan ICD-10 untuk diagnosa penyakit serta ICD-9 untuk tindakan.

Pembahasan

1. Kelengkapan Berkas

Kelengkapan berkas yang lengkap terdapat pada sampel yaitu 89, terdapat 6 dokumen

yang tidak dilengkapi atau sekitar 5,7 % dari total semua sampel. Kesalahan pada nomor SEP terjadi karena kekurangan nomor, sehingga ada perbedaan nomor dengan identitas pasien yang akibatnya tidak bisa diverifikasi karena terjadi ketidaksamaan secara identitas dan nomor.

Untuk kesalahan pada tanggal masuk, tanggal keluar, dan kelas perawatan terjadi perbedaan pada gruper INACBG's dengan lembar pada dokumen rekam medis.

Karena perbedaan tersebut, petugas harus mengecek kembali dokumen rekam medis dan dibetulkan kembali kesalahannya.

Sementara untuk kesalahan pada lembar verifikasi terjadi pada bagian legilisator yaitu pada tanda tangan dokter yang bertanggung jawab adalah dokter yang telah dipilih oleh rumah sakit. Jika kesalahan tersebut terjadi akibatnya dokumen atau berkas tersebut tidak bisa diverifikasi karena belum dilegalkan oleh dokter legilisator, sebab fungsi dari dokter atau legilisator adalah melegalkan diagnosa dan tindakan yang diberikan kepada pasien jika belum ada tanda tangan dari dokter legalisator maka penyakit atau tindakan yang ada pada berkas tidak bisa disahkan atau belum dapat diklaimkan. Di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang ada satu dokter yang dipilih oleh pihak rumah sakit.

Untuk kesalahan pada bagian lembar pemakaian obat dan tindakan yaitu tidak adanya lembar tersebut sehingga rumah sakit harus melengkapi berkas terlebih dahulu dan memintakan kebagian apotik.

Serta untuk kesalahan pada bagian terakhir adalah pada lembar resume, dikarenakan belum adanya diagnosa dan tanda

tangan serta nama terang dokter. Sehingga petugas klaim harus mengembalikan berkas ke petugas rekam medis agar petugas rekam medis dapat melengkapi lembar resume tersebut kepada dokter.

Dampak atau efek dari semua kesalahan berakibat pada pengembalian dokumen, sehingga petugas klaim harus bekerja dua kali untuk melengkapi berkas yang kurang dan memperbaiki kesalahan serta pencairan dana dari BPJS akan terhambat. Terhambatnya pencairan dana bagi rumah sakit dapat berakibat pada rumah sakit yang harus mengeluarkan biaya operasional untuk menutup biaya yang lain.

2. Prosedur Klaim Pasien BPJS

Prosedur klaim pada Rumah Sakit Bhayangkara Semarang sudah sesuai dari BPJS dan rumah sakit yaitu berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan untuk dilengkapi dan dibetulkan kesalahannya. Berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan langsung pada bagian klaim rekam medis Rumah Sakit Bhayangkara Semarang dari BPJS. Sehingga pengecekan tidak melewati bagian keuangan terlebih dahulu atau bagian yang sebelumnya keuangan, apotik, poliklinik,

administrasi pendaftaran, dan bagian pendaftaran.

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

3. SDM (Sumber Daya Manusia)

Untuk SDM belum sesuai karena petugas klaim tersebut bukan perekam medis namun S1 Kesehatan Masyarakat, serta kurangnya SDM karena di Rumah Sakit Bhayangkara hanya memiliki satu petugas klaim saja. Selain itu terdapat beberapa kendala dalam melengkapi berkas rekam medis klaim. berdasarkan observasi, beberapa kendala tersebut yaitu :

a. Kendala di Rawat Jalan :

- 1) Pada saat pembuatan SEP (Surat Egibilitas Pasien) dibagian pendaftaran rawat

jalan, terdapat kendala karena pasien tidak ditemukan. Hal ini disebabkan karena data yang ada dikomputer dan nomer kartu BPJS berbeda. Sehingga petugas harus mengecek ulang dibagian BPJS terlebih dahulu untuk kemudian membuatkan SEP.

- 2) Ditemukannya pasien yang kartu BPJS ternyata mengalami tunggakan yang melebihi batas, sehingga dari pihak rumah sakit tidak dapat menerimanya dan terpaksa pasien tersebut apabila ingin melanjutkan periksa harus menggunakan umum (tunai).
- 3) Surat rujukan yang sudah hangus atau tidak dapat digunakan kembali. Pada dasarnya surat rujukan hanya dapat digunakan selama 1 (satu) bulan dari pihak faskes 1 (puskesmas atau dokter pribadi), namun hal ini banyak yang kurang dimengerti oleh pasien. Sehingga petugas bagian pendaftaran harus menjelaskan terlebih dahulu.

4) Tidak adanya lembar verifikasi yang seharusnya diberikan dibagian pendaftaran sehingga petugas harus melengkapi dan mengisi ulang lembar tersebut dan hal ini akan memakan waktu yang lebih lama.

b. Kendala di Rawat Inap :

1. Pengiriman berkas dokumen rawat inap yang terlambat, dikarenakan tidak adanya petugas yang mengantar atau petugas kurir.

c. Kendala dibagian verifikasi *external* :

1) Diagnosa utama tidak ditulis akan menyulitkan petugas untuk mengkode penyakitnya.

2) Tulisan dokter yang sulit untuk dibaca, akan berpengaruh kepada keakuratan kode.

Faktor lain yang terjadi menjadi kendala pada diri petugas terjadi dari pengalaman kerja, pendidikan, pelatihan, usia, motivasi, dan beban kerja.

4. Sarana dan Prasarana

Sarana ialah sesuatu yang dapat digunakan dalam pencapaian maksud dari tujuan. Sedangkan prasarana adalah suatu faktor yang merupakan

faktor penunjang terlaksananya suatu kegiatan. Sarana di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang sudah cukup baik, namun terkadang ada keluhan dari petugas dikarenakan jaringan internet ataupun komputernya error, selain itu sarana dan prasarananya sudah baik.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang faktor – faktot yang mempengaruhi pengklaiman BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang, diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari total 1985 pasien peserta BPJS pada tahun 2014 diperoleh 95 sampel berkas yang diteliti. Dari 95 berkas terdapat 6 berkas yang tidak lengkap atau terjadi kesalahan, sisanya sudah lengkap dan bisa diverifikasi untuk diklaimkan.

2. Di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang belum ada Standar Operasional Prosedur pengajuan klaim. Sehingga dalam pelaksanaanya terdapat kendala – kendala yang terjadi pada saat klaim yaitu tidak adanya lembar verifikasi yang seharusnya diberikan dibagian pendaftaran. Diagnosa utama tidak ditulis, tidak sesuainya tanggal keluar masuk dan kelas perawatan pada gruper dengan dokumen milik pasien, tidak

adanya tanda tangan dan nama terang dokter dilembar resume.

3. Bagian Klaim di Rumah Sakit Bhayangkara mempunyai kendala yaitu kurangnya tenaga medis klaim di Rumah Sakit Bhayangkara. Di Rumah Sakit Bhayangkara hanya memiliki satu petugas klaim BPJS, dan petugas tersebut menangani bagian klaim BPJS rawat jalan maupun rawat inap. Apabila ada kendala seperti kurangnya tanda tangan dokter dan sebagainya maka petugas tersebut harus memberikan terlebih dahulu pada petugas RM untuk melengkapinya. Maka apabila demikian petugas klaim harus mengulang kembali dari awal, sehingga beban petugas klaim semakin banyak. Selain itu, kurangnya tenaga medis dibagian rawat inap sehingga apabila pasien pulang, berkas dokumen rekam medis pasien tidak langsung dikirim ke bagian verifikasi eksternal. Hal ini membuat menumpuknya dokumen rekam medis dirawat inap (bangsal).
4. Pembayaran klaim dari BPJS untuk Rumah Sakit Bhayangkara Semarang terkadang terlambat namun untuk saat ini dari pihak Rumah Sakit Bhayangkara masih dapat mengatasi hal ini.
5. BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang sudah berjalan dengan baik, namun pada bagian komputer

dan koneksi internet terkadang menghambat kerja petugas, dikarenakan koneksi internet dan komputernya terkadang erorr sehingga apabila petugas sedang bekerja harus menunggu terlebih sampai jaringan internet stabil.

SARAN

1. Perlu dibuatkan Standar Operasional Prosedur klaim sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin sehingga jika terjadi hambatan – hambatan dapat dengan mudah dilacak.
2. Sebaiknya petugas lebih teliti dalam mengumpulkan berkas sehingga tidak ada kekurangan berkas pada bagian sebelumnya sehingga pada saat mengeklaimkan bisa lebih cepat tanpa melengkapi berkas atau lembar yang kurang.
3. Perlunya penambahan petugas klaim dikarenakan apabila terjadi kekurangandalam klaim BPJS maka petugas klaim dapat berkoordinasi dengan petugas klaim yang lain sehingga tugas tidak akan terhambat dan menumpuk.
4. Perlunya perbaikan komputer dan jaringan internet.
5. Perlunya papan informasi mengenai syarat – syarat pasien BPJSdibagian pendaftaran rawat jalan, sehingga apabila ada pasien

yang belum paham tentang persyaratan tersebut langsung bisa membaca tanpa harus petugas pendaftaran yang menjelaskannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. Permenkes No 296 / MENKES / PER / III. 2008
2. <http://bpjs-kesehatan.go.id/> , Diakses 26 Mei 2015 Waktu 13.00
3. Kementerian Kesehatan RI, Pedoman Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, 2012
4. Kementerian Kesehatan RI, Pedoman Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, 2010
5. www.buk.depkes.go.id , *JUKNIS SIRS 2011*.
6. Depkes RI. *Pedoman Sistem Pencatatan Rumah Sakit (Rekam Medis / Medical Record)*. 1994
7. Depkes RI. Dirjen Pelayanan Medik, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta, 1997