

## ANALISIS ADMINISTRASI KLAIM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL RAWAT JALAN RSUD KOTA SEMARANG TAHUN 2016

Firsa Olivia Susan\*), Septo Pawelas Arso\*\*), Putri Asmita Wigati\*\*)

\*) Mahasiswa Bagian Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

\*\*) Staf Pengajar Bagian Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

### ABSTRAK

Sekitar 70% dari total kunjungan pasien di RSUD Kota Semarang merupakan pasien JKN yang wajib melengkapi persyaratan JKN sebelum memperoleh pelayanan. Verifikasi dokumen klaim JKN adalah hal penting karena FKTL (Fasilitas Kesehatan rujukan Tingkat Lanjutan) wajib memenuhi kelengkapan administrasi klaim kepada BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian atas biaya pelayanan sesuai tarif INA-CBG's (Indonesia Case Base Groups). Namun, pengajuan klaim di RSUD Kota Semarang selalu melebihi batas waktu yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan yakni maksimal tanggal 10 bulan berikutnya serta banyak dokumen klaim yang tidak lolos proses verifikasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis tahapan alur pelaksanaan administrasi klaim JKN rawat jalan di RSUD Kota Semarang menurut aspek input, proses dan output. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan studi deskriptif. Pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh dengan metode wawancara mendalam dan observasi yang bersifat partisipasi aktif. Hasil penelitian menunjukkan banyak pasien yang kurang memahami persyaratan untuk memperoleh pelayanan dengan JKN, kurangnya jumlah petugas, tidak adanya diklat untuk petugas, keterbatasan sarana untuk menunjang kelengkapan dokumen klaim, software bermasalah saat jam pelayanan, tidak adanya SOP khusus pelayanan pasien JKN, tidak semua petugas mengecek ulang dokumen klaim, tidak adanya indikator keberhasilan, monitoring dan evaluasi untuk menilai kinerja petugas. Kesimpulan penelitian ini adalah terdapat beberapa kendala dalam proses administrasi klaim JKN rawat jalan di RSUD Kota Semarang sehingga penting untuk dilakukan perbaikan pada tiap tahapan administrasi klaim JKN rawat jalan demi terjaminnya kelengkapan dokumen klaim sehingga RSUD Kota Semarang dapat mengajukan klaim tepat waktu.

Kata kunci : Jaminan Kesehatan Nasional, Administrasi, Klaim, Rumah Sakit, Rawat Jalan

## PENDAHULUAN

Hak asasi warga atas kesehatan di Indonesia termaktub dalam Pancasila terutama sila kelima, pasal 28 H dan pasal 34 UUD Tahun 1945, serta dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam UU Nomor 36 Tahun 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.

Pemerintah telah menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan sebelumnya, diantaranya Askes, Jamsostek, Jamkesmas dan Jamkesda. Namun demikian, bentuk jaminan tersebut dinilai masih terfragmentasi sehingga mengakibatkan sulit terkendalinya biaya kesehatan dan mutu pelayanan.<sup>1</sup>

Untuk mengatasi hal tersebut, pada tahun 2004 ditetapkan Undang-Undang Nomor 40 tentang SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk Indonesia melalui suatu BPJS diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang kepesertaannya bersifat wajib (*mandatory*). Karena bersifat wajib, peserta JKN jumlahnya terus bertambah setiap waktu.<sup>1</sup>

Data dari BPJS Kesehatan sampai dengan tanggal 8 April 2016, tercatat sejumlah 165.332.746 atau sekitar 65% penduduk Indonesia telah menjadi peserta JKN.<sup>2</sup> Khusus di Provinsi Jawa Tengah, menurut data dari BPJS Kesehatan Divisi Regional VI pada akhir tahun 2015, jumlah peserta JKN telah mencapai 19.250.292 jiwa atau sekitar 49%

dari jumlah penduduk di Jawa Tengah. Sedangkan di Kota Semarang jumlah pesertanya mencapai 962.385 jiwa dengan rincian peserta PBI sejumlah 269.640 jiwa dan peserta non PBI sejumlah 692.745 jiwa.<sup>3</sup>

Lahirnya program JKN membuat rumah sakit yang menjadi *provider* BPJS Kesehatan semakin bertumbuh. Merujuk pada data yang dipublikasikan di website resmi BPJS Kesehatan, per 18 Februari 2016, telah terdapat 21 Rumah Sakit di Kota Semarang yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, salah satunya adalah RSUD Kota Semarang.<sup>4</sup>

Terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien JKN rawat jalan di RSUD Kota Semarang pada tahun 2015.<sup>5</sup> Untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan di RSUD Kota Semarang, pasien JKN rawat jalan wajib melengkapi beberapa dokumen persyaratan yang ditetapkan oleh pihak RSUD Kota Semarang pada saat pendaftaran pelayanan rawat jalan. Artinya peningkatan jumlah kunjungan pasien JKN rawat jalan akan diiringi pula dengan peningkatan jumlah dokumen yang diterima oleh pihak RSUD Kota Semarang.

Verifikasi dokumen klaim JKN menjadi hal yang penting dikarenakan FKTL berkewajiban melengkapi dokumen klaim sebelum pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dikarenakan segala biaya pelayanan yang telah diberikan oleh FKTL kepada pasien JKN wajib dilaporkan kepada BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian sesuai besaran biaya yang telah dikeluarkan sesuai tarif INA-CBG's (*Indonesia Case Base Groups*). Menurut peraturan BPJS Kesehatan, dokumen klaim rawat jalan tingkat lanjutan harus diajukan secara

kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA-CBG's Kementerian Kesehatan yang berlaku.<sup>6</sup>

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilaksanakan di RSUD Kota Semarang pada tanggal 19-23 Maret 2016, ditemukan sekitar 400 dokumen klaim JKN rawat jalan bulan Februari yang seharusnya diajukan klaimnya maksimal tanggal 10 Maret belum selesai melewati proses administrasi sehingga belum dapat diserahkan kepada petugas verifikator BPJS Kesehatan untuk diverifikasi. Semakin banyak dokumen klaim yang tidak dapat diajukan klaimnya pada waktu yang ditentukan BPJS Kesehatan, maka akan semakin membengkak pula biaya pelayanan RSUD yang tertunda untuk mendapatkan penggantian biaya dari BPJS Kesehatan dan apabila berlangsung dalam waktu yang lama dikhawatirkan berpotensi mengganggu keberlangsungan pelayanan pasien. Masalah lain adalah ditemukannya sejumlah dokumen yang belum memenuhi standar BPJS Kesehatan untuk klaim. Selama bulan Januari 2016 terdapat 108 dokumen rawat jalan Jaminan Kesehatan Nasional yang tidak dapat terklaim, dengan nominal kerugian sebesar Rp. 18.909.082,00.<sup>7</sup>

#### **Rumusan Masalah**

Dalam pelayanan rawat jalan, umumnya kunjungan pasien dan kepulangan pasien terjadi pada hari yang sama. Dokumen persyaratan dan proses verifikasi klaim JKN untuk pelayanan rawat jalan juga tidaklah serumit pelayanan rawat inap. Hal tersebut seharusnya dapat mempermudah petugas yang terlibat

dalam administrasi klaim JKN rawat jalan dalam menjaga kelengkapan dokumen pada saat melalui serangkaian proses administrasi klaim. Namun faktanya, saat pengajuan klaim JKN rawat jalan ke pihak BPJS Kesehatan masih terdapat beberapa kendala, yang pertama adalah pengajuan klaim melebihi batas waktu yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan, yang menurut peraturan BPJS Kesehatan adalah maksimal tanggal 10 bulan berikutnya.

Hal tersebut menegaskan pentingnya untuk dilakukan perbaikan pada tiap tahapan administrasi klaim JKN rawat jalan demi terjaminnya kelengkapan dokumen klaim sehingga RSUD Kota Semarang dapat mengajukan klaim tepat waktu dengan kelengkapan administrasi klaim yang lengkap.

#### **Tujuan Penelitian**

1. Menggambarkan dan mendeskripsikan tahapan alur administrasi klaim JKN rawat jalan di RSUD Kota Semarang.
2. Menganalisis tahapan alur pelaksanaan administrasi klaim JKN rawat jalan di RSUD Kota Semarang menurut aspek *input* (*man, material, method, machine*).
3. Menganalisis tahapan alur pelaksanaan administrasi klaim JKN rawat jalan di RSUD Kota Semarang menurut aspek proses.
4. Menganalisis tahapan alur pelaksanaan administrasi klaim JKN rawat jalan di RSUD Kota Semarang menurut aspek *output*.

#### **Manfaat Penelitian**

1. Bagi pemerintah  
Sebagai informasi dan bahan pertimbangan dalam pemecahan masalah penyelesaian

administrasi klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan agar masalah keterlambatan proses klaim dapat diatasi sehingga pemberian pelayanan kesehatan bagi pasien JKN dapat berjalan lancar.

2. Bagi Rumah Sakit  
Sebagai informasi dan bahan pertimbangan agar dapat dilakukan perbaikan demi kelancaran dan percepatan dalam proses administrasi klaim JKN.
3. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Sebagai sarana penambah pengembangan ilmu pengetahuan dan wawasan di bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan khususnya mengenai Pembiayaan JKN.
4. Bagi Masyarakat  
Sebagai dasar pengetahuan dan informasi mengenai program JKN terutama dalam kelengkapan persyaratan JKN.
5. Bagi peneliti  
Sebagai sarana untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan wawasan di bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

#### Metode Penelitian

Jenis penelitian yang dilaksanakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Objek yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah alur tahapan administrasi klaim pasien JKN rawat jalan RSUD Kota Semarang yang kemudian dianalisis menurut aspek input, proses dan output. Subjek dalam penelitian ini adalah seluruh petugas RSUD Kota Semarang yang terlibat dalam penyelesaian administrasi klaim JKN rawat jalan. Subjek dalam penelitian ini diambil dengan menggunakan

teknik *purposive sampling*. Jumlah informan utama dalam penelitian ini berjumlah 8 orang dan informan triangulasi sebanyak 5 orang yakni Kepala Instalasi Rekam Medik, Koordinator Poliklinik Rawat Jalan, Koordinator Kasir, Koordinator verifikasi klaim dan Kepala Bagian Keuangan. Pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh dengan wawancara mendalam, observasi yang bersifat partisipasi aktif dan dokumentasi.

#### HASIL DAN PEMBAHASAN

##### Analisis Tahapan Alur Administrasi Klaim JKN Rawat Jalan di RSUD Kota Semarang

Proses administrasi klaim dimulai dari loket pendaftaran sebagai tahap awal yang paling krusial dalam menentukan kelengkapan dokumen persyaratan pasien JKN. Hal yang sering diabaikan adalah bahwa memastikan kelengkapan dokumen klaim bukan hanya kewajiban dari petugas loket pendaftaran saja, namun seluruh petugas yang terlibat dalam administrasi klaim termasuk petugas administrasi ruang poliklinik, petugas kasir, petugas *coding* juga wajib berperan dalam menjaga kelengkapan dokumen klaim. Selain itu, karena proses administrasi klaim melibatkan petugas dari berbagai bagian di dalam rumah sakit dan dokumen harus diserahkan dari petugas satu ke petugas lain maka seharusnya petugas yang menerima dokumen klaim dari petugas sebelumnya perlu menghitung, mencatat dan melakukan pengecekan ulang kelengkapan dokumen klaim sehingga dapat dilakukan pelacakan apabila terdapat dokumen klaim yang hilang.

RSUD Kota Semarang belum memiliki skema alur yang menjelaskan secara urut proses

administrasi klaim mulai dari loket pendaftaran sampai pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan.

### **Analisis Tahap Pendaftaran Pelayanan JKN Rawat Jalan**

Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 menjelaskan bahwa peserta JKN dapat memperoleh pelayanan kesehatan pada FKTP dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN yang terdapat pada Kartu peserta BPJS serta surat rujukan dari FKTP apabila tidak dalam kondisi gawat darurat.<sup>1</sup>

Mekanisme pendaftaran pelayanan pasien rawat jalan di RSUD Kota Semarang melibatkan 9 petugas loket pendaftaran. Karena tidak diterapkan loket pendaftaran khusus bagi pasien dengan JKN, petugas loket pendaftaran harus dapat melayani semua jenis pasien seperti pasien umum, pasien dengan asuransi swasta, pasien Jamkesmaskot dan lain-lain. Menurut peneliti hal tersebut dapat menyebabkan petugas loket pendaftaran tidak fokus dalam melakukan verifikasi kelengkapan dokumen, karena persyaratan yang diterapkan pada masing-masing jaminan kesehatan berbeda-beda. Akan lebih baik apabila diterapkan loket pendaftaran khusus pasien JKN, sehingga petugas dapat fokus dan lebih teliti dalam memverifikasi dokumen persyaratan pasien JKN, mengingat 70% dari total kunjungan pasien rawat jalan merupakan pasien JKN.

Faktor yang menyebabkan petugas loket menjadi kurang teliti dalam melakukan verifikasi kelengkapan dokumen persyaratan JKN rawat jalan antara lain karena tingginya kunjungan pasien rawat jalan, sejumlah pasien belum memahami persyaratan JKN sehingga petugas loket pendaftaran

harus memberikan penjelasan ulang kepada pasien, terlebih apabila petugas loket pendaftaran harus menghadapi pasien yang meluapkan emosinya karena merasa dipersulit untuk mendapatkan pelayanan di RSUD Kota Semarang. Pada setiap loket pendaftaran tidak disediakan media informasi apapun yang menjelaskan tentang dokumen persyaratan bagi pasien JKN.

Jumlah kunjungan pasien rawat jalan di RSUD Kota Semarang mencapai sekitar 600-900 pasien setiap harinya. Dengan jumlah petugas loket pendaftaran sebanyak 9 orang, artinya dalam 5 jam pelayanan setiap petugas bertanggung jawab melayani sekitar 67-100 pasien, artinya masing-masing loket pendaftaran dapat melayani 13-20 pasien per jamnya. Dapat disimpulkan jika jumlah petugas loket pendaftaran telah mencukupi, karena petugas loket pendaftaran memiliki waktu sekitar 3-4 menit untuk melayani pendaftaran setiap pasien termasuk memverifikasi dokumen persyaratan pasien JKN.

Terdapat pedoman berupa SOP "Pendaftaran Pelayanan Rawat Jalan Bagi Pasien BPJS" dan dalam hal sarana dan prasarana, setiap petugas loket pendaftaran telah difasilitasi sarana prasarana yang memadai.

### **Analisis Tahap Pengisian dan Penandatanganan Formulir Kendali**

Program JKN menerapkan pola pembayaran *Case Based Groups* yakni salah satu pola pembayaran prospektif yang berupa pengelompokan diagnosis dan prosedur yang memiliki ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama.<sup>1</sup> Untuk itu, DPJP wajib menuliskan diagnosis dan

prosedur yang ditetapkan kepada pasien secara lengkap pada formulir kendali setelah pasien memperoleh pelayanan di poliklinik. Tujuannya adalah karena petugas *coding* akan menetapkan kode atas diagnosis dan prosedur dan hasil dari penetapan kode tersebut adalah ditentukannya tarif pelayanan pasien sesuai tarif INA-CBG's.

Setiap poliklinik rawat jalan di RSUD Kota Semarang hanya memiliki 1 petugas administrasi ruang yang berperan untuk melayani administrasi pasien sekaligus berperan untuk memastikan apakah DPJP telah mengisi dan menandatangani formulir kendali. Namun di beberapa poliklinik yang jumlah kunjungan pasiennya rendah, perawat harus merangkap tugas sebagai petugas administrasi ruang. Jumlah kunjungan tertinggi di poliklinik penyakit dalam (poliklinik yang memiliki jumlah kunjungan tertinggi) mencapai 300 pasien dalam 7-8 jam pelayanan setiap harinya, artinya di saat-saat hari padat terdapat sekitar 38 pasien yang harus dilayani di poliklinik tersebut dalam 1 jam. Menurut peneliti, beban kerja petugas administrasi ruang poliklinik tidak tinggi karena petugas administrasi ruang yang ditempatkan di poliklinik dengan jumlah kunjungan tertinggi pun memiliki waktu sekitar 1,5 menit untuk melayani 1 pasien. Mengingat tugas pokok petugas administrasi ruang poliklinik hanya meng-*input* kegiatan pasien di poliklinik ke dalam SIMRS, maka seharusnya petugas administrasi ruang poliklinik menyempatkan untuk memastikan ulang kelengkapan dokumen klaim sebelum pasien memperoleh pelayanan di poliklinik dan memastikan apakah DPJP telah mengisi dan menandatangani formulir kendali pasien.

Namun saat dilakukan observasi, peneliti tidak melihat petugas administrasi ruang poliklinik mengecek ulang kelengkapan dokumen sebelum dan sesudah pasien memperoleh pelayanan di poliklinik, petugas administrasi ruang poliklinik beralasan akan memastikan ulang kelengkapan dokumen klaim jika kunjungan poliklinik sedang tidak ramai.

Dalam hal sarana dan prasarana, petugas administrasi ruang di poliklinik penyakit dalam telah difasilitasi 1 buah *computer* yang layak untuk digunakan dan ditunjang dengan *software* SIMRS untuk menyimpan data riwayat pemeriksaan pasien. Berdasarkan hasil penelitian, peneliti juga tidak menemukan adanya SOP khusus tentang pelayanan pasien JKN di poliklinik rawat jalan.

#### **Analisis Tahap Pencetakan Kwitansi Atas Biaya Pelayanan**

Menurut Azrul Azwar (1998) input merupakan bagian yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.<sup>8</sup> *Material* dalam hal ini adalah dokumen klaim yang setiap harinya setelah selesai jam pelayanan diserahkan petugas administrasi ruang poliklinik ke ruang kasir tidak dipastikan kesesuaian antara jumlah kunjungan di poliklinik dengan jumlah dokumen klaim yang diserahkan. Meski petugas administrasi ruang poliklinik diharuskan mengisi kuantitas dokumen klaim yang diserahkan kepada petugas kasir di buku serah terima, menurut peneliti metode tersebut kurang efektif karena masih memungkinkan petugas administrasi ruang poliklinik menuliskan jumlah kuantitas yang berbeda dari jumlah dokumen yang diserahkan saat itu, hal tersebut dikarenakan petugas

kasir tidak mengecek kesesuaian antara jumlah dokumen klaim yang diserahkan dan yang dituliskan di buku serah terima. Dokumen klaim yang diserahkan oleh pihak poliklinik hanya diletakkan dalam kantong plastik besar dan tidak adanya penataan khusus. Masalah lain adalah petugas administrasi ruang poliklinik tidak selalu menyerahkan seluruh dokumen pasien JKN pada hari itu juga ke kasir, terkadang berkas ditunda untuk diserahkan keesokan harinya.

Menurut peneliti, permasalahan tersebut dapat teratasi apabila RSUD Kota Semarang menyediakan map untuk menyimpan masing-masing dokumen klaim pasien sebagai pengganti kantong plastik, selain itu apabila RSUD Kota Semarang menerapkan indikator keberhasilan untuk menilai kinerja petugas administrasi ruang poliklinik dengan cara menghitung apakah dokumen klaim yang diserahkan kepada petugas kasir sesuai dengan jumlah kunjungan di poliklinik pada hari tersebut maka hal tersebut dapat memacu petugas poliklinik untuk lebih bertanggungjawab terhadap kuantitas dan kelengkapan dokumen klaim.

Petugas kasir yang berperan untuk mencetak kwitansi pasien JKN rawat jalan hanya berjumlah 2 petugas saja, padahal setiap harinya kedua petugas tersebut bertanggung jawab untuk mencetak 700-800 kwitansi yang harus diselesaikan dalam 6 jam kerja yakni dari pukul 16.00-22.00 WIB. Petugas kasir tersebut hanya memiliki waktu sekitar 1 menit untuk mencetak 1 kwitansi dengan tetap menjalankan tugas pokoknya untuk melayani pembayaran kepulangan pasien rawat inap. Menurut peneliti, petugas kasir memiliki beban kerja yang

cukup tinggi, terlebih sarana seperti *computer* yang digunakannya merupakan *computer* lama, *printer* dan *software* SIMRS juga kerap kali bermasalah saat sedang perlu untuk digunakan sehingga menghambat pekerjaan petugas kasir. Peneliti tidak menemukan adanya SOP khusus tentang pembayaran pelayanan pasien JKN rawat jalan melainkan hanya ada SOP "Pembayaran Pelayanan Rawat Jalan".

### **Analisis Tahap Coding Atas Diagnosis Dan Prosedur Pada Formulir Kendali**

Proses *coding* diagnosis di RSUD Kota Semarang menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) sedangkan untuk *coding* prosedur menggunakan ICD-9-CM. Hal tersebut telah sesuai dengan Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's yang menjelaskan bahwa dasar pengelompokan dalam INA-CBG's menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan prosedur yang menjadi *output* pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur.

Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa aplikasi INA-CBG's sehingga dihasilkan 1.077 kelompok kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap kelompok dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik.<sup>9</sup>

Proses *coding* atas diagnosis dan prosedur di RSUD Kota Semarang dilakukan oleh petugas dari Rekam Medik yang berjumlah 3 orang yang memiliki latar belakang pendidikan profesi rekam medik, oleh karena itu meskipun tidak

pernah diberi pendidikan dan pelatihan khusus dari RSUD Kota Semarang, petugas *coding* telah dapat menjalankan tugas pokoknya. Dalam 1 hari, terdapat 700-800 dokumen klaim yang perlu di-*coding* oleh ketiga petugas, sehingga dalam 1 hari selama 8 jam kerja masing-masing petugas bertanggungjawab atas 230-260 dokumen klaim, artinya petugas *coding* hanya memiliki waktu 2 menit untuk menyelesaikan proses *coding* diagnosis dan prosedur dari setiap pasien.

Menurut peneliti, diperlukan penambahan jumlah petugas *coding* karena petugas *coding* tidak dapat menyelesaikan pekerjaannya tepat waktu, seperti saat dilakukan observasi oleh peneliti tanggal 13 Juni, petugas *coding* masih mengerjakan dokumen klaim tanggal 8 Juni. Padahal dokumen klaim tanggal 8 Juni telah sampai di petugas *coding* pada tanggal 9 Juni pagi hari. Menurut peneliti, tidak ditetapkannya indikator keberhasilan mengenai target waktu penyelesaian pekerjaan petugas *coding* menjadi salah satu penyebab pekerjaan petugas *coding* tidak selesai tepat waktu. Untuk menghindari penumpukan dokumen klaim pada petugas *coding* dan mempercepat proses administrasi klaim, perlunya target waktu penyelesaian yang mengharuskan petugas *coding* untuk menyelesaikan tugasnya pada hari itu juga. Indikator keberhasilan digunakan sebagai bahan evaluasi.

Petugas *coding* menyatakan alasan mengapa mereka tidak dapat menyelesaikan *coding* pada hari itu juga adalah karena terdapat beberapa kendala seperti sulitnya membaca tulisan DPJP di formulir kendali, seringkali DPJP menggunakan istilah diagnosis dan prosedur yang berbeda dengan istilah pada ICD bahkan saat

penelitian, Kepala Rekam Medik menyatakan jika sekitar 5% formulir kendali pasien JKN tidak diisi dengan lengkap oleh DPJP sehingga petugas *coding* perlu menanyakan kepada DPJP yang bersangkutan untuk memastikan kebenaran istilah diagnosis dan prosedur agar petugas *coding* tidak salah dalam menetapkan kode. Menurut peneliti, hal tersebut dapat diminimalisasi apabila petugas administrasi ruang poliklinik selalu ingat untuk memastikan ulang pengisian formulir kendali oleh DPJP sehingga petugas *coding* tidak perlu menghadapi kendala tersebut.

Meskipun terdapat SOP "Pengkodean Diagnosis Penyakit Pasien Rawat Jalan dengan Cara Pembayaran BPJS", namun SOP tersebut tidak menjelaskan keharusan petugas *coding* untuk melakukan pengecekan kembali kelengkapan dokumen klaim pasien JKN rawat jalan. Dalam hal ketercukupan dan kelayakan sarana, petugas *coding* telah difasilitasi 1 buah *computer* yang layak untuk digunakan. Petugas *coding* tidak memerlukan *software* apapun dalam menyelesaikan pekerjaannya.

#### **Analisis Tahap Verifikasi Dokumen Klaim**

Tahap verifikasi dokumen klaim merupakan serangkaian kegiatan meliputi proses *assembling*, proses *grouping* INA-CBG's, dan proses merekap nomor SEP pasien dalam format *txt file*. Setelah kegiatan tersebut dilakukan, dokumen klaim akan diajukan kepada verifikator BPJS Kesehatan. Dokumen klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban



pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan.<sup>1</sup>

Proses *assembling* dikerjakan oleh 4 petugas yang fokus melakukan *assembling* dokumen klaim JKN rawat jalan. Dalam 1 hari, terdapat 700-800 dokumen klaim yang perlu diselesaikan oleh keempat petugas, sehingga dalam 1 hari selama 8 jam kerja masing-masing petugas bertanggung jawab atas 175-200 dokumen klaim, artinya petugas *assembling* hanya memiliki waktu 2,5 menit untuk menyelesaikan proses *assembling* setiap 1 dokumen klaim pasien. Waktu tersebut sesungguhnya cukup apabila dokumen klaim yang diterima oleh petugas *assembling* telah dalam kondisi lengkap, namun pada kenyataannya petugas *assembling* harus kembali melengkapi sejumlah dokumen yang tidak lengkap dengan cara menelusuri riwayat kunjungan pasien melalui SIMRS, menghubungi bahkan mendatangi tempat tinggal pasien agar menyerahkan kelengkapan dokumen klaim yang kurang. Apabila seluruh petugas administrasi klaim sebelumnya turut berperan serta dalam memastikan ulang kelengkapan dokumen klaim dan memindahkan dokumen klaim yang tidak lengkap ke dalam map khusus maka hal tersebut akan mengurangi beban kerja petugas *assembling*.

Namun untuk petugas *grouping* INA-CBG's dan petugas klaim menurut peneliti perlu dilakukan penambahan jumlah petugas karena saat ini hanya terdapat masing-masing 3 petugas yang harus bertanggung jawab atas dokumen klaim JKN rawat jalan maupun rawat inap dengan berbagai kendala masing-masing. Akan lebih efektif apabila terdapat petugas *grouping* INA-CBG's dan petugas

klaim khusus untuk menangani dokumen klaim JKN rawat jalan.

Verifikator BPJS Kesehatan menghendaki jika mekanisme pengajuan proses verifikasi terdiri atas 3 tahap yakni petugas klaim dapat mengajukan dokumen klaim tanggal 1-10 pada tanggal 27 lalu verifikator membutuhkan waktu 7 hari untuk melakukan verifikasi terhadap dokumen klaim tersebut, setelah selesai verifikasi, verifikator BPJS Kesehatan akan mengembalikan kepada petugas klaim jika terdapat dokumen klaim yang tidak memenuhi standar BPJS Kesehatan serta meminta dokumen klaim tanggal 11-20 dan begitu selanjutnya. Hal tersebut dilakukan karena adanya keterbatasan jumlah verifikator BPJS Kesehatan, mengingat jumlahnya hanya 2 petugas saja. Menurut peneliti, mekanisme verifikasi klaim demikian tidak menguntungkan pihak RSUD Kota Semarang karena menyebabkan RSUD Kota Semarang tidak dapat mengajukan klaim tepat waktu.

Dengan diterapkannya mekanisme verifikasi seperti itu, seharusnya pihak RSUD Kota Semarang melalui petugas *assembling* wajib memastikan kelengkapan dokumen klaim sebelum dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan sebagai tindakan antisipasi untuk mengurangi jumlah dokumen klaim yang tidak sesuai dengan standar BPJS Kesehatan. Namun kenyataannya terdapat sekitar 10% dokumen klaim yang perlu direvisi ulang karena menurut verifikator BPJS Kesehatan dokumen klaim tersebut belum memenuhi standar BPJS Kesehatan, artinya hal tersebut akan semakin mengulur waktu pengajuan klaim.

### **Analisis Tahap Pengajuan Klaim kepada BPJS Kesehatan**

Formulir Pengajuan Klaim (FPK) dan rekapan nomor SEP pasien dalam format *txt file* dikirimkan ke Kantor Cabang Utama BPJS Kota Semarang untuk mendapatkan penggantian sesuai besaran biaya yang telah dikeluarkan sesuai tarif INA-CBG's (*Indonesia Case Base Groups*).

Penyusunan FPK telah disesuaikan dengan *Memorandum of Understanding (MoU)* antara RSUD Kota Semarang dengan BPJS Kesehatan sehingga dapat disimpulkan bahwa kelengkapan administrasi pengajuan klaim yang diajukan oleh RSUD Kota Semarang telah sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan.

Pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dilakukan setiap tanggal 26 atau 27 setiap bulannya sebagai tagihan atas biaya pelayanan bulan sebelumnya. Hal tersebut tampaknya kurang sesuai dengan Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan yang menyatakan jika Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.<sup>10</sup> Bahkan, kerap kali pihak RSUD Kota Semarang juga mengajukan klaim susulan. Menurut peneliti, semakin banyak dokumen klaim yang disusulkan maka akan semakin membengkak pula biaya RSUD Kota Semarang yang belum mendapatkan penggantian dari BPJS Kesehatan.

Setelah dokumen diterima oleh pihak BPJS Kesehatan, pencairan dana akan diselesaikan dalam tenggang waktu 14 hari kerja. Namun untuk beberapa kali, pencairan dana terlambat 1 sampai 2 hari. Hal tersebut sesuai dengan Panduan Praktis Administrasi Klaim

Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan yang menyatakan jika BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten atau Kota BPJS Kesehatan.<sup>10</sup>

### **KESIMPULAN**

Pelaksanaan administrasi klaim JKN di RSUD Kota Semarang tidak terlepas dari berbagai kendala antara lain banyak pasien yang kurang memahami persyaratan JKN, kurangnya jumlah petugas administrasi klaim, tidak adanya diklat untuk petugas, keterbatasan sarana yang menunjang proses administrasi klaim, *software* bermasalah saat jam pelayanan, tidak adanya SOP khusus untuk pelayanan pasien JKN, tidak semua petugas mengecek ulang dokumen klaim, tidak adanya mekanisme serah terima dokumen klaim antar bagian, tidak adanya indikator keberhasilan, *monitoring* dan evaluasi untuk menilai kinerja petugas.

### **SARAN**

Rumah Sakit perlu memiliki skema alur yang menjelaskan secara urut proses administrasi klaim mulai dari loket pendaftaran sampai pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan, menyediakan informasi dalam bentuk *leaflet holder* setiap loket pendaftaran yang memuat informasi mengenai dokumen persyaratan JKN PBI maupun non PBI, menyediakan lembar *checklist* yang dapat digunakan untuk membantu petugas yang terlibat dalam administrasi klaim dalam mengecek ulang kelengkapan dokumen klaim pasien

JKN rawat jalan, menerapkan loket pendaftaran khusus bagi pasien JKN agar petugas loket pendaftaran tidak terbagi fokusnya saat melakukan verifikasi dokumen persyaratan pasien, menyediakan map yang dapat digunakan setiap pasien JKN untuk menyimpan dokumen klaimnya sebagai upaya untuk menjaga kelengkapan dokumen klaim, memperbaiki jaringan atau menambah daya pada LAN (*Local Area Network*) agar penggunaan *software* tidak terkendala koneksi internet, menyusun SOP pelayanan khusus pasien JKN pada setiap tahapan proses administrasi klaim JKN, dalam SOP tersebut harus menjelaskan secara rinci prosedur proses kerja petugas dan memuat tentang kewajiban petugas administrasi klaim untuk memastikan ulang kelengkapan dokumen klaim dan memperbaiki mekanisme serah terima dokumen klaim antar bagian

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Indonesia, 2014.
2. BPJS Kesehatan. *Data Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia*. Indonesia, 2016, (online) ([bpjs-kesehatan.go.id](http://bpjs-kesehatan.go.id) diakses 21 Maret 2016).
3. BPJS Kesehatan Divisi Regional VI. *Data Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Jawa Tengah, Indonesia, 2015*, (online) ([bpjs-kesehatan.go.id](http://bpjs-kesehatan.go.id) diakses 21 Maret 2016).
4. BPJS Kesehatan. *Data Jumlah Rumah Sakit di Kota Semarang yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan*. Indonesia, 2016. (online) ([bpjs-kesehatan.go.id](http://bpjs-kesehatan.go.id) diakses 21 Maret 2016).
5. RSUD Kota Semarang. *Total Kunjungan Bulanan Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Cara Pembayaran Tahun 2015*. Semarang, 2015.
6. BPJS Kesehatan. *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan*.
7. RSUD Kota Semarang. *Jumlah Kerugian Akibat Dokumen Klaim JKN rawat Jalan yang Tidak Dapat Terklaim pada Bulan Februari 2016*. Semarang, 2016.
8. Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi 3*. Jakarta : Binarupa Aksara, 1998.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's. Indonesia, 2014.
10. *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*.

