

GAMBARAN SISTEM PENGAJUAN KLAIM PASIEN RAWAT INAP BPJS KESEHATAN DI RSUD X KABUPATEN BANDUNG

Wiwin Winarti*, Tania Defi Sukmawati
Politeknik Al Islam Bandung
Email : winarti67@gmail.com

ABSTRAK

Kebijakan Program BPJS Kesehatan terus berubah dan membuat proses pengerjaan klaim dari rumah sakit ke Kantor BPJS Kesehatan mengalami perubahan pula sehingga rumah sakit harus memperbaharui proses klaim supaya operasional rumah sakit tidak terganggu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sistem pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan menggunakan teknik pengumpulan data berupa observasi, wawancara, dan studi dokumentasi yang dilakukan dari tanggal 14-24 Juni 2021. Observasi dilakukan di Unit Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan RSUD X Kabupaten Bandung, wawancara dilakukan kepada dua orang petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan, dan studi dokumentasi terhadap berkas persyaratan klaim. Hasil analisis menunjukkan bahwa berkas klaim dan pengajuan klaim rawat inap sudah sesuai dengan Perpres Nomor 82 Tahun 2018 dan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018. Namun, SOP dan *flow chart* untuk kegiatan tersebut belum didokumentasikan. Untuk itu disarankan kepada pihak rumah sakit dapat mendokumentasikan SOP dan *flow chart* kegiatan pengajuan klaim rawat inap BPJS Kesehatan yang sudah dilakukan sehingga petugas memiliki standar atau pedoman sebagai acuan internal dalam pelaksanaan tugasnya.

Kata Kunci : berkas klaim, BPJS kesehatan, pengajuan klaim, rawat inap, rumah sakit.

ABSTRACT

The policy of the BPJS Health Program continues to change, and the changes have driven the claim process from hospitals to BPJS Health Office also changes. Hospitals must change their claims process so that the hospitals' operations are not disrupted. This study aims to find out the system for making claims for BPJS Health inpatients at General Hospital of X, in Bandung Regency. The research method used was descriptive qualitative method. Data were collected through the techniques of observation, interviews, and documentation studies, which had been carried out from June 14-24 2021. Observations were performed at the BPJS Health Inpatient Claims Unit, interviews were conducted with two BPJS Health inpatient claims officers, and a documentation study of the claim requirements files. Results of the research show that the claim files and the submission of inpatient claims are in accordance with the Presidential Regulation Number 82/ 2018 and BPJS Health Regulation Number 7/2018. However, SOPs and flow charts have not been documented. Therefore, it is suggested that the SOP and flow chart of the BPJS Health inpatient claim submission

activities that have been carried out should be documented officially so that the officers have standards/guidelines as internal references in carrying out their duties.

Keywords : *BPJS kesehatan, claim document, claim submission, hospital, inpatient.*

PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan telah diberlakukan selama lebih dari enam tahun. Namun, pada kenyataannya masih ada sejumlah rumah sakit yang mengalami masalah dalam proses pengajuan klaim. Seperti dikutip dari Nurullilah (2020) yang menuturkan bahwa ditemukan sejumlah rumah sakit yang mengalami masalah *cash flow* karena klaim yang mereka tagihkan banyak yang belum dipenuhi BPJS Kesehatan.

Opitasari dan Nurhayati (2019) menjelaskan bahwa pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagian besar pasien rumah sakit adalah peserta JKN sehingga klaim asuransi kesehatan menjadi pendapatan utama bagi rumah sakit di Indonesia. Berdasarkan kondisi tersebut, prosedur pengajuan klaim menjadi langkah yang harus dilakukan oleh rumah sakit untuk dapat menagih piutangnya yang sudah jatuh tempo. Kegiatan pengajuan klaim JKN atau tepatnya BPJS Kesehatan ini seharusnya dapat dilakukan secara periodik serta tepat waktu sesuai dengan prosedur dan regulasi yang berlaku.

Lebih lanjut lagi mereka menjelaskan bahwa keterlambatan pengajuan klaim dapat mengakibatkan keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan yang berdampak pada terganggunya *cash flow* rumah sakit, terutama apabila sebagian besar pasien rumah sakit adalah peserta JKN. Apabila *cash flow* operasional terganggu dikhawatirkan akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan yang diberikan yang akan mempengaruhi kepercayaan dan loyalitas pasien terhadap rumah sakit (Opitasari dan Nurhayati, 2019).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 1 Ayat (7), fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat dan setiap orang berhak atas kesehatan, serta setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 4 dan 5 Ayat (2)). Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sementara pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 1 Ayat (1) dan (3)).

Dalam rangka menjaga stabilitas operasional rumah sakit dan mengembangkan kegiatan pelayanan kesehatan demi terciptanya derajat kesehatan masyarakat yang optimal, tentu saja rumah sakit membutuhkan dana yang salah satunya bersumber dari pendapatan rumah sakit yang merupakan imbalan dari kegiatan pemberian jasa pelayanan kesehatan dalam suatu periode tertentu. Walaupun sistem pengajuan klaim BPJS Kesehatan khususnya pelayanan rawat inap sudah menjadi kebijakan BPJS Kesehatan, masih adanya keterlambatan membuat masalah pengajuan klaim ini masih menarik untuk terus diteliti untuk mengetahui bagaimana sistem pengajuan klaim yang dilakukan di lapangan oleh rumah sakit ke BPJS Kesehatan.

Penelitian ini dilakukan di Unit Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan RSUD X Kabupaten Bandung dan fokus pada observasi mengenai sistem pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui sistem pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif yang memanfaatkan data-data yang diambil dari Unit Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan RSUD X Kabupaten Bandung dari tanggal 14 sampai 24 Juni 2021. Data-data penelitian dikumpulkan melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Observasi dilakukan di Unit Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan RSUD X Kabupaten Bandung dengan mempelajari berkas persyaratan klaim dan proses kegiatan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu di RSUD X Kabupaten Bandung. Sementara itu, kegiatan wawancara dilakukan kepada dua orang petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu dan tahap dua di rumah sakit tersebut. Studi dokumentasi dilakukan terhadap dokumen yang berisi regulasi-regulasi dan dokumen rumah sakit lainnya yang berkaitan dengan sistem pengajuan klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung. Data yang telah dikumpulkan diproses lalu dikelompokkan berdasarkan tahap-tahap pemrosesan klaim dari mulai pasien masuk hingga pasien pulang. Kemudian data disajikan dengan mendeskripsikan, menggambarkan dan meringkas objek yang diteliti berdasarkan hasil observasi, wawancara, dan dokumentasi yang dilakukan selama penulisan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil observasi menunjukkan Sumber Daya Manusia (SDM) pelaksana pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung berjumlah 7 orang petugas yang rata-rata berpendidikan terakhir D3 dengan masa kerja yang cukup panjang yaitu lebih dari 3 tahun. Secara umum para petugas tersebut memiliki tugas yang telah ditetapkan sebagai berikut 2 orang petugas *manage care* sebagai verifikator internal, 2 orang petugas administrasi klaim/petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu, 1 orang petugas administrasi klaim/petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua dan 2 orang petugas *coding* rawat inap. Namun, uraian tugas dari masing-masing jabatan tersebut belum terdokumentasikan.

Berkas Persyaratan Klaim

Berkas yang menjadi persyaratan dalam pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung terdiri dari:

Tabel 1. Berkas Persyaratan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung

No	Kelengkapan Berkas Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan
1	Surat Eligibilitas Pasien (SEP) Rawat Inap.
2	Resume Medis Pasien Rawat Inap.
3	<i>Billing/Rincian Kasir</i> .
4	Laporan Tindakan/Operasi.
5	Hasil Pemeriksaan Penunjang.
6	Surat Pengantar Rawat Inap.
7	Laporan Individual Pasien (LIP).
8	Surat Keterangan Meninggal (apabila pasien pulang dengan keadaan meninggal).
9	Protokol Terapi dan Surat Rujuk Balik (untuk pasien thalassemia).

10	Surat Keterangan IGD (untuk pasien rawat inap yang masuk melalui IGD).
11	<i>Batch</i> Obat (untuk pasien thalassemia, jika akan di <i>top up</i>).
12	Surat Kronologis Kejadian (untuk pasien kecelakaan).

Berdasarkan hasil observasi selama 8 hari pengambilan data, berkas persyaratan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan yang dipindai oleh petugas administrasi ruang rawat inap mayoritas sudah lengkap, yaitu sebanyak 124 (71%) berkas persyaratan klaim lengkap, sehingga bisa dimasukkan ke Aplikasi E-Klaim INA-CBGs.

Selanjutnya, berdasarkan hasil wawancara diperoleh informasi dari petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu, sebagian kecil berkas yaitu 50 (29%) berkas persyaratan klaim belum lengkap dikarenakan belum terdapatnya resume medis ataupun hasil pemeriksaan penunjang pasien, sehingga pengajuan klaim atas pasien yang bersangkutan harus ditunda sampai berkas persyaratan klaimnya lengkap. Kendala yang ditemukan saat observasi adalah kurang jelasnya hasil pemindaian pada SEP Rawat Inap ataupun Surat Keterangan Meninggal, sehingga petugas klaim rawat inap kesulitan saat memasukan nomor SEP Rawat Inap ataupun nomor Surat Keterangan Meninggal ke Aplikasi E-Klaim INA-CBGs ataupun Aplikasi *Virtual Claim*.

Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana yang menunjang kegiatan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung terdiri dari:

Tabel 2. Sarana dan Prasarana Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung

No	Sarana dan Prasarana	Jumlah	Kondisi
1	Komputer	7	Baik
2	Printer Kertas	6	Baik
3	Laptop	2	Baik
4	Aplikasi E-Klaim INA-CBGs	1	Baik
5	Aplikasi <i>Virtual Claim</i>	2	Baik
6	Jaringan Internet	1	Baik

Sarana dan prasarana yang menunjang kegiatan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung sudah memadai dan dalam kondisi yang baik serta terawat. Apabila ada kendala biasanya disebabkan oleh jaringan internet yang terganggu, dan cara menanggulangnya adalah dengan menghubungi petugas SIMRS sehingga kendala tersebut bisa segera teratasi.

Selama kegiatan pengambilan data, ruang unit klaim rawat inap BPJS Kesehatan bergabung dengan ruangan unit klaim rawat jalan BPJS Kesehatan dan berlokasi dekat dengan ruang rekam medis dan pendaftaran pasien rawat jalan. Dikarenakan ruang kerja itu dianggap terlalu sempit, serta dalam rangka mencegah dan menanggulangi penularan virus Covid-19, ditambah untuk mentaati protokol Kesehatan kerja maka per tanggal 28 Juni 2021 ruang unit klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung dipindahkan menjadi berdekatan dengan ruangan unit SIMRS. Ruang kerja unit klaim rawat inap BPJS Kesehatan yang baru lebih luas dari ruang sebelumnya, sehingga mobilitas petugas lebih leluasa sekaligus dapat mencegah serta menanggulangi penularan virus Covid-19.

Regulasi atau Kebijakan

Regulasi yang digunakan sebagai acuan dalam kegiatan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung adalah Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

RSUD X Kabupaten Bandung belum mendokumentasikan Surat Keputusan (SK) Direktur untuk penetapan PP tersebut sebagai acuan dalam kegiatan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung. Hal ini disebabkan adanya perubahan regulasi yang terus menerus dan jumlah regulasi yang bertambah sehingga rumah sakit tersebut terus menunggu regulasi yang baku. Penundaan tersebut juga mengakibatkan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan alur tentang kegiatan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan RSUD X Kabupaten Bandung belum terdokumentasikan.

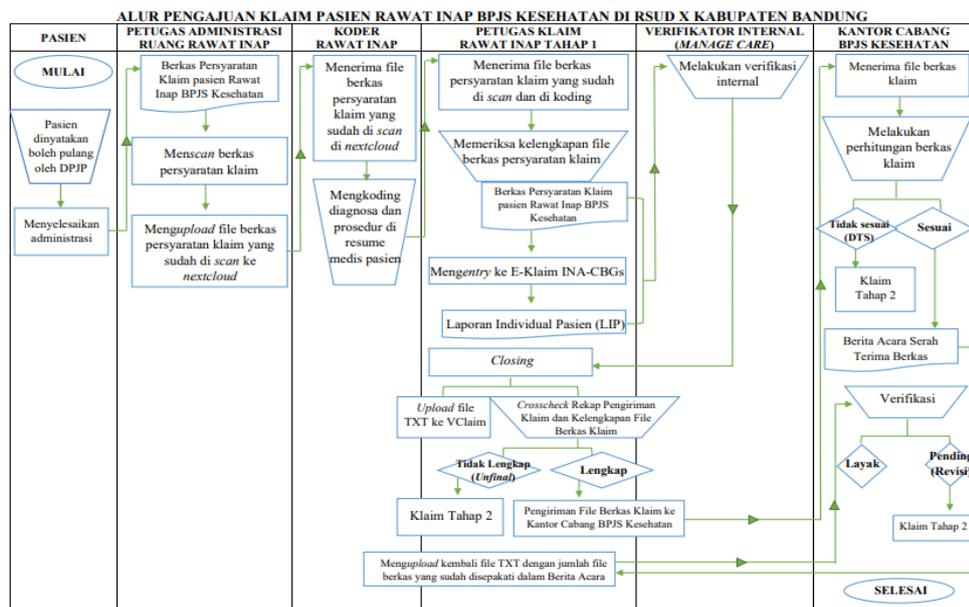
Proses Pengajuan Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan Tahap Satu di RSUD X Kabupaten Bandung

Pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu di RSUD X Kabupaten Bandung diajukan secara kolektif, periodik, dan lengkap setiap awal bulan maksimal tanggal 10 setiap bulannya, dan pencairan dana dapat dilakukan pada bulan yang sama yaitu 15 hari setelah diterbitkannya Berita Acara Kelengkapan Berkas (Berita Acara Serah Terima Klaim).

Gambaran proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu di RSUD X Kabupaten Bandung adalah sebagai berikut. Setelah pasien dinyatakan boleh pulang oleh DPJP, keluarga pasien menyelesaikan urusan administrasi. Petugas administrasi ruang rawat inap memindai (*scan*) berkas persyaratan klaim pasien rawat inap yang sudah pulang. Dokumen berkas persyaratan yang sudah dipindai kemudian diunggah ke *nextcloud*. *Coder* rawat inap menerima dokumen yang sudah diunggah ke *nextcloud*. Lalu resume medis pasien di-*coding* diagnosa dan tindakannya sesuai dengan kaidah ICD-X dan ICD-IX. Setelah resume medis selesai di-*coding*, dokumen berkas persyaratan klaim diberikan kepada petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu untuk diperiksa kelengkapan berkasnya dan dimasukkan ke Aplikasi E-Klaim INA-CBGs, sehingga menghasilkan Laporan Individual Pasien (LIP) yang dapat diunduh atau dicetak. Lalu Laporan Individual Pasien digabungkan dengan dokumen berkas persyaratan klaim lainnya. Dokumen berkas persyaratan klaim diberikan kepada petugas *manage care* untuk diverifikasi secara internal. Pada akhir periode dilakukan *closing* dengan kegiatan sebagai berikut: a). Mengunduh dokumen *excel* rekap pengiriman klaim dan dokumen TXT dari Aplikasi E-Klaim INA-CBGs; b). Dokumen *excel* rekap pengiriman klaim digunakan untuk *crosscheck* kelengkapan berkas klaim; c). Dokumen TXT digunakan untuk diunggah ke Aplikasi *Virtual Claim*.

Dokumen berkas klaim kemudian dikirim ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan. Petugas klaim rumah sakit dan petugas BPJS Kesehatan melakukan perhitungan dokumen berkas klaim dan dibandingkan dengan jumlah klaim di dokumen *excel*. Saat proses perhitungan dokumen berkas klaim, kemungkinan ada Data Tidak Sesuai (DTS) antara dokumen TXT, dokumen *excel*, ataupun dokumen berkas klaim yang sudah dipindai. DTS tersebut akan masuk ke pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua. Setelah proses perhitungan dokumen berkas klaim selesai, BPJS Kesehatan akan mengirimkan Berita Acara Serah Terima Berkas Klaim. 1). Petugas klaim rumah sakit akan mengunggah kembali dokumen TXT ke Aplikasi *Virtual Claim* dengan jumlah berkas disesuaikan dengan Berita Acara Serah Terima Berkas Klaim; 2). Verifikator BPJS Kesehatan pun akan melakukan verifikasi.

Flowchart mengenai proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu di RSUD X Kabupaten Bandung belum terdokumentasikan. Adapun berdasarkan hasil observasi dan wawancara mengenai proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu di RSUD X Kabupaten Bandung, dalam paper ini proses tersebut dituangkan dalam bentuk *flowchart* yang terdapat pada Gambar 1.



Gambar 1. Flowchart Proses Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan Tahap 1 di RSUD X Kabupaten Bandung

Kendala yang ditemukan dalam proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu adalah keterlambatan dalam pengumpulan resume medis dan berkas penunjang. Hal ini disebabkan karena menunggu jadwal DPJP *visite* dan disebabkan karena terbatasnya petugas administrasi ruang rawat inap hanya satu orang pada setiap ruangan, tidak sebanding dengan jumlah pasien rawat inap yang cukup banyak.

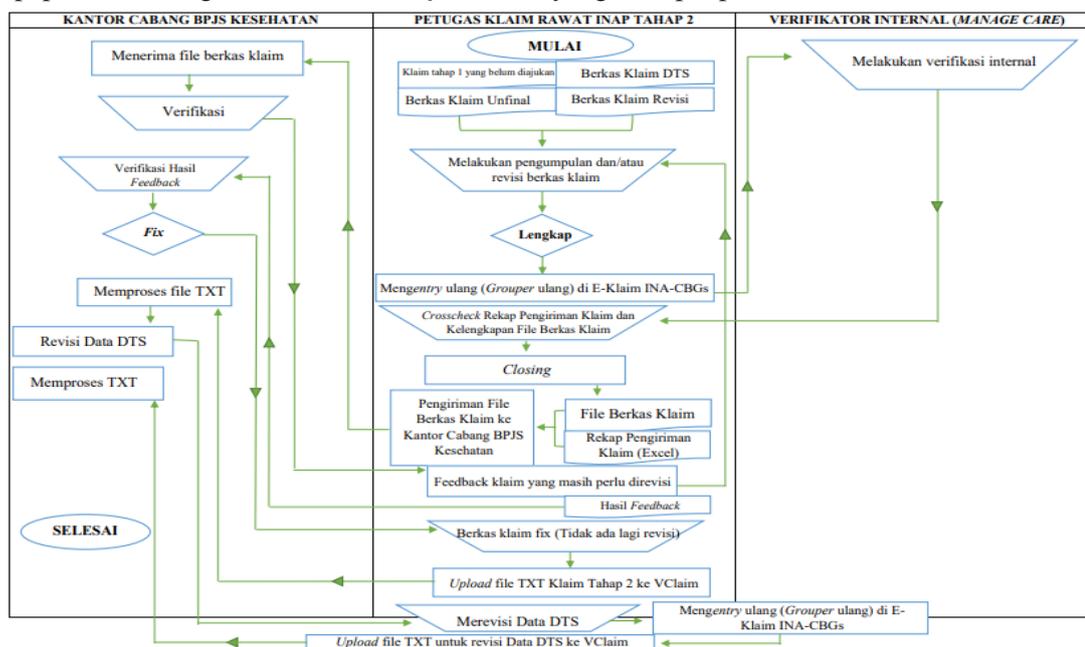
Proses Pengajuan Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan Tahap Dua di RSUD X Kabupaten Bandung

Pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua merupakan pengajuan klaim lanjutan dari dokumen berkas klaim yang pada proses pengajuan klaim tahap satu belum diajukan, *unfinal*, masuk kategori Data Tidak Sesuai (DTS), ataupun *pending* (revisi). Klaim tahap dua ini diajukan secara kolektif, periodik, dan lengkap dalam waktu maksimal H-2 bulan sebelum klaim tersebut kadaluarsa.

Gambaran proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua di RSUD X Kabupaten Bandung adalah sebagai berikut. Petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua menerima dokumen berkas klaim yang belum diajukan pada tahap satu dan juga berkas yang *unfinal*, serta menerima dokumen *excel* rincian berkas klaim yang DTS dan perlu direvisi dari BPJS Kesehatan. Setelah itu petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua melakukan revisi dan/atau pengumpulan berkas klaim hingga lengkap. Selanjutnya, berkas yang sudah lengkap dimasukkan (*entry/grouper*) ulang ke Aplikasi E-Klaim INA-CBGs dan kemudian diverifikasi secara internal oleh *manage care*.

Setelah selesai diverifikasi internal, petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua akan melakukan *cross check* antara dokumen berkas klaim dengan dokumen *excel* rekap pengiriman klaim yang diunduh dari Aplikasi E-Klaim INA-CBGs. Setelah semua dokumen berkas klaim selesai dikumpulkan dan/atau direvisi dan diperiksa, maka akan dilakukan *closing* dengan mengirimkan dokumen berkas klaim serta data rekap pengiriman klaim berbentuk dokumen *excel* ke kantor Cabang BPJS Kesehatan. Verifikator BPJS Kesehatan melakukan verifikasi dan memberikan *feedback*. Jika masih ada dokumen berkas klaim yang perlu direvisi, maka kegiatan pada poin 2) dan 3) kembali dilakukan. Setelah *feedback* diperbaiki, hasil *feedback* tersebut dikirimkan kembali ke BPJS Kesehatan. Setelah semua berkas lengkap, telah dilakukan *coding*, dan semua proses pengajuan dilaksanakan secara *fix*, maka petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua akan mengunggah dokumen TXT sesuai pengajuan tahap dua ke Aplikasi *Virtual Claim*. Selanjutnya dokumen TXT akan diproses oleh BPJS Kesehatan. Apabila BPJS Kesehatan mengeluarkan revisi Data Tidak Sesuai (DTS) yang disebabkan adanya ketidaksesuaian sistem/Data Gagal Hitung/SEP Klaim, maka petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua akan melakukan revisi terhadap DTS tersebut. Setelah DTS direvisi, maka DTS tersebut akan di *entry/grouper* ulang ke Aplikasi E-Klaim INA-CBGs. Lalu petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua akan mengupload dokumen TXT kedua khusus untuk DTS. Selanjutnya petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua akan melakukan *crosscheck* dokumen berkas klaim tahap dua sudah diajukan semua klaimnya atau belum.

Sama seperti sebelumnya, *flowchart* mengenai proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap dua di RSUD X Kabupaten Bandung belum terdokumentasikan. Oleh karena itu dalam paper ini dituangkan dalam bentuk *flowchart* yang terdapat pada Gambar 2.



Gambar 2. Flowchart Proses Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan Tahap 2 di RSUD X Kabupaten Bandung

Output

Pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung dilaksanakan di Unit Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan dengan mengacu pada Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Berkas persyaratan klaim dan pelaksanaan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung sudah sesuai dengan regulasi atau kebijakan yang berlaku yaitu Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu dan dua di RSUD X Kabupaten Bandung sudah diajukan secara kolektif, periodik, dan lengkap. Untuk klaim tahap satu diajukan setiap awal bulan maksimal tanggal 10 setiap bulannya, sehingga pencairan dana dapat dilakukan pada bulan yang sama yaitu 15 hari setelah diterbitkannya Berita Acara Kelengkapan Berkas (Berita Acara Serah Terima Klaim), sedangkan klaim tahap 2 diajukan maksimal H-2 bulan sebelum klaim tersebut kadaluarsa.

Berdasarkan hasil observasi selama pengambilan data, 71% berkas persyaratan klaim yang dipindai oleh petugas administrasi ruang rawat inap sudah lengkap, adapun berdasarkan informasi yang diberikan oleh petugas klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu 29% berkas yang belum lengkap dikarenakan belum terdapatnya resume medis ataupun hasil pemeriksaan penunjang pasien.

Berikut tabel rekap pengiriman klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu periode Maret 2021 sampai dengan April 2021, serta klaim tahap dua periode Desember 2020 sampai dengan Februari 2021:

Tabel 3. Rekap Pengiriman Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan Tahap 1 RSUD X Kabupaten Bandung periode Maret 2021 - Mei 2021

No	Periode	Total Pengajuan (berkas)	Hasil Verifikasi			
			Layak (berkas)	%	Pending (berkas)	%
1	Maret 2021	720	667	93%	53	7%
2	April 2021	773	697	90%	76	10%
3	Mei 2021	729	554	76%	175	24%

Sumber : Data Sekunder, 2021

Tabel 4. Rekap Pengiriman Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan Tahap 2 RSUD X Kabupaten Bandung periode Desember 2020 - Februari 2021

No	Periode	Total Pengajuan (berkas)	Hasil Verifikasi			
			Layak (berkas)	%	Gagal Klaim (berkas)	%
1	Desember 2020	247	247	100%	0	0%
2	Januari 2021	177	177	100%	0	0%
3	Februari 2021	127	127	100%	0	0%

Sumber : Data Sekunder, 2021

Terdapat perbedaan periode rekap pengiriman klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu dan dua. Hal ini disebabkan klaim tahap satu selalu melakukan pengiriman klaim H+1 bulan setelah pelayanan kesehatan selesai diberikan. Sedangkan untuk klaim tahap dua, petugas klaim akan melakukan revisi dan/atau pengumpulan berkas klaim hingga seluruh klaim yang pada tahap 1 belum diajukan, *unfinal*, Data Tidak Sesuai (DTS), ataupun *pending* (revisi) benar-benar lengkap. Hal tersebut dilakukan dengan harapan agar tidak ada lagi klaim yang *pending* (revisi) sehingga pengiriman klaimnya pun maksimal akan dilakukan H-2 bulan sebelum klaim tersebut kadaluarsa.

Berdasarkan data rekap pengiriman klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu dan tahap dua di RSUD X Kabupaten Bandung, persentase terbesar klaim tahap satu yang layak terdapat pada bulan Maret 2021 sebesar 93%, dan persentase terkecil terdapat pada bulan Mei 2021 sebesar 73%. Sedangkan untuk persentase klaim tahap dua yang layak adalah 100%, hal ini terjadi karena petugas klaim tahap dua terus menerus melakukan *feedback* yang diberikan oleh verifikator BPJS Kesehatan sampai berkas klaim tidak ada lagi yang *pending* (revisi).

KESIMPULAN

Sumber Daya Manusia (SDM) pelaksana pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung terdiri dari 7 orang petugas dengan rata-rata pendidikan terakhir D3 dan masa kerja lebih dari 3 tahun. Namun uraian tugas dari masing-masing jabatan tersebut belum terdokumentasikan. Berkas persyaratan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung sudah sesuai dengan regulasi. Kendala yang ditemukan adalah kurang jelasnya hasil pindai pada SEP Rawat Inap ataupun Surat Keterangan Meninggal.

Proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung sudah sesuai dengan regulasi. Kendala dalam proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu adalah keterlambatan petugas administrasi ruang rawat inap dalam mengumpulkan berkas penunjang dan resume medis pasien.

Berkas persyaratan klaim dan pelaksanaan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung sudah sesuai dengan regulasi. Klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu dan dua di RSUD X Kabupaten Bandung sudah diajukan secara kolektif, periodik, dan lengkap sebelum klaim tersebut berusia 6 bulan. Berkas persyaratan klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu sebanyak 71% sudah lengkap, sedangkan 29% berkas belum lengkap dikarenakan belum terdapatnya resume medis ataupun hasil pemeriksaan penunjang pasien. Pengiriman klaim rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu mayoritas 90% klaim layak. Sedangkan untuk klaim tahap dua 100% klaim layak.

SARAN

Uraian tugas dari masing-masing jabatan petugas pelaksana pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung perlu didokumentasikan secara resmi sehingga dapat menjadi pegangan, acuan, dan rujukan bagi petugas yang menduduki jabatan tersebut dalam melaksanakan pekerjaannya. Sebaiknya berkas persyaratan klaim yang dipindai adalah lembar asli (putih) dari berkas tersebut, sehingga hasil pindai dapat dilihat dengan jelas untuk mengantisipasi petugas klaim salah memasukan data pada saat proses pengiriman klaim *online* di Aplikasi E-Klaim INA-CBGs. Pemeliharaan sarana dan prasarana yang menunjang pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan sebaiknya dilakukan secara optimal sehingga diharapkan tidak akan menghambat proses pengajuan klaim dan dapat meningkatkan kinerja petugas pelaksana klaim.

Pendokumentasian Standar Operasional Prosedur (SOP), alur kegiatan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan, dan Surat Keputusan (SK) Direktur untuk penetapan regulasi sebagai acuan dalam pelaksanaan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung perlu segera dilakukan sehingga petugas pelaksana memiliki standar/pedoman sebagai acuan internal dalam pelaksanaan tugas-tugasnya.

Pendokumentasian *flow chart* proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung. Adanya penetapan batas waktu (*deadline*) dalam mengumpulkan *scan*

berkas klaim, sehingga dapat meminimalisir keterlambatan dalam pengumpulan berkas penunjang dan resume medis pasien.

Diharapkan RSUD X Kabupaten Bandung dapat mempertahankan pelaksanaan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan yang sudah sesuai dengan regulasi dan meminimalisir klaim tahap satu yang *pending* (revisi) sehingga tidak mengganggu *cash flow* rumah sakit dan meminimalisir pengajuan klaim tahap dua. Sebaiknya saat DPJP selesai *visite* dan memperbolehkan pasien rawat inap untuk pulang, perawat dapat mengingatkan DPJP untuk melengkapi resume medis pasien yang akan pulang tersebut, sehingga berkas persyaratan klaim sudah lengkap pada saat akan dipindai. Lebih jauh lagi diharapkan adanya penelitian lanjutan mengenai faktor-faktor penyebab klaim *pending* (revisi).

DAFTAR PUSTAKA

- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Researc Design, Choosing Among Five Approaches*. California: Sage Publications.
- JKN, T. P. (2014). *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Janimanan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes. (2013). *Jaminan Kesehatan Nasional Menuju Kepesertaan Semesta (UHC) 2019*. Kementerian Kesehatan RI.
- Nurulliah, Novianti. 2020. *Rumah Sakit Terancam Bangkrut, Ridwan Kamil : Tagihan BPJS Numpuk, Pembayaran Klaim Bakal Dipercepat* [Online]. Tersedia : <https://www.pikiran-rakyat.com/jawa-barat/pr-01793544/rumah-sakit-terancam-bangkrut-ridwan-kamil-tagihan-bpjs-numpuk-pembayaran-klaim-bakal-dipercepat> [30 Juni 2021].
- Opitasari, Cicih., & Nurhayati. (2019). *Evaluation of Claim Submission and Returning for BPJS Inpatient Service : A Case Study of Hospital X in 2017*. [Online]. Tersedia pada: <https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/hsji/article/view/1845/1090> [6 Agustus 2021].
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun (2018). *Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun (2018). *Tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun (2009). *Tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun (2009). *Tentang Rumah Sakit*. Jakarta.