



## Analisis Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Bangsal Sadewa RSUD Saptosari Gunungkidul, Yogyakarta

Suliantoro

<sup>a</sup>Manajemen, [suliantoro@amavogvakarta.ac.id](mailto:suliantoro@amavogvakarta.ac.id), Akademi Manajeme Administrasi Yogyakarta

### Abstact

*One of the subsystems contained in the health system is the health financing subsystem. Therefore, in order to understand clearly and completely the health system, it is necessary to understand the subsystem of health financing. However, in reality this is still not fully understood and understood where there are still problems between the health services received and the demands for submitting claims from the hospital, namely the submission of claims is not in accordance with the procedures and rates in the Cooperation Agreement (PKS), causing problems for hospitals, without exception, RSUD Saptosari Gunungkidul, Yogyakarta.*

*So that researchers are interested in conducting an analysis related to the submission of BPJS Health claims at the Saptosari Gunungkidul Hospital, Yogyakarta, especially in the Sadewa inpatient ward in January 2022. This study uses a qualitative descriptive research methodology by obtaining data through observations, interviews and libraries. In this study it was found that there were several obstacles related to BPJS Health claims*

*Keyword : BPJS, BPJS Health claims, health system.*

### Abstrak

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

Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan analisis terkait pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Saptosari Gunungkidul, Yogyakarta khususnya pada bangsal rawat inap Sadewa pada bulan januari 2022. Penelitian ini menggunakan metodologi penelitian deskriptif kualitatif dengan cara mendapatkan data melalui observasi, wawancara dan Pustaka. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa ada beberapa kendala terkait Klaim BPJS Kesehatan.

Kata Kunci : BPJS, Klaim BPJS, Sistem Kesehatan

## 1. PENDAHULUAN

Jaminan Sosial wajib bagi seluruh penduduk Indonesia yang disebut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), diselenggarakan melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pemerintah bertanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

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

*Received Maret 30, 2022; Revised April 2, 2022; Accepted April 22, 2022*

tarif dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga menimbulkan masalah bagi rumah sakit.

Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) oleh pihak rumah sakit kepada pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dalam hal ini rumah sakit, berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif *Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's)* (Susan, 2016).

Rumah Sakit Umum Daerah Saptosari merupakan salah satu rumah sakit pemerintah dengan tipe kelas D yang ikut merasakan dampak perubahan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Di RSUD Saptosari pada bulan Januari 2022 di Bangsal Sadewa ditemukan adanya kasus ketidaklengkapan dokumen klaim sebanyak 33 dari 64 jumlah keseluruhan dokumen klaim terutama pada ringkasan medis, hasil radiologi dan *automatic billing*. Wawancara dengan petugas yang menangani klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Saptosari menunjukkan beberapa masalah terkait pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang sedikit banyak mempengaruhi operasional rumah sakit dalam memberikan pelayanan paripurna.

## 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

### 2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah transformasi dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memiliki hubungan yang erat dengan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional). JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) adalah program pelayanan kesehatan dari pemerintah yang berwujud Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan dan sistemnya menggunakan sistem asuransi. Dengan adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini maka seluruh warga Indonesia berkesempatan besar untuk melindungi kesehatan dengan taraf kesehatan yang setinggi-tingginya. Dengan menyisihkan sebagian kecil uang, maka masyarakat pun akan mampu menjadi peserta dan memperoleh manfaatnya. Begitupun dengan masyarakat tidak mampu atau PBI (Penerima Bantuan Iuran) mereka akan ditanggung kesehatannya oleh pemerintah. Dengan demikian masyarakat tidak mampu tetap bisa periksa ke fasilitas kesehatan.

Untuk BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) sendiri adalah badan atau perusahaan asuransi yang sebelumnya bernama PT Askes yang menyelenggarakan perlindungan kesehatan bagi para pesertanya. Perlindungan kesehatan ini juga bisa didapat dari BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan transformasi dari Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja). Dari masing-masing definisi maka bisa disimpulkan bahwa perbedaan diantara keduanya adalah bahwa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan nama programnya, sedangkan BPJS merupakan badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional).

### **2.3 Proses Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Rawat Inap**

Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) oleh pihak rumah sakit kepada pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dalam hal ini rumah sakit, berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebelum diajukan kepada pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG's) (Susan, 2016).

Proses Klaim BPJS Rawat Inap Tingkat Lanjutan

- 1) Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iuran biaya kepada peserta.
- 2) Tarif paket INA CBGs sesuai dengan ketentuan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- 3) Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain.
- 4) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim).
- 5) Tagihan klaim di fasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur/Kepala Fasilitas Kesehatan lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.
- 6) Klaim diajukan kepada Kantor Cabang Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain diantaranya; 1) Rekapitulasi pelayanan; 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
  - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
  - b) Surat perintah rawat inap
  - c) *Resume* medis yang ditandatangani oleh DPJP
  - d) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal ; Laporan operasi; Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus; perincian tagihan rumah sakit (manual atau *automatic billing*) dan berkas pendukung lain yang diperlukan.

### **3. METODOLOGI PENELITIAN**

Pada penelitian ini Penulis menggunakan pendekatan penulisan kualitatif. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi objek alamiah, dimana peneliti merupakan instrumen kunci (Sugiyono, 2012). Perbedaannya dengan penelitian kuantitatif adalah penelitian ini berangkat dari data, memanfaatkan teori yang ada sebagai bahan penjelas dan berakhir dengan sebuah teori. Menurut Khotimah (Sugiyono, 2017) subjek penelitian merupakan suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, subjek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian di tarik kesimpulannya.

Subjek penulisan yang dipilih untuk informasi adalah kunci yang dapat memberikan informasi selengkap-lengkapnyanya serta relevan dengan tujuan penulisan. Sedangkan informasi pendukung yaitu karyawan yang berjumlah 3 orang di bagian rekam medis di RSUD Saptosari

Menurut Khotimah (Sugiyono, 2017) objek penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Adapun objek penulisan ini adalah mengenai analisis Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Bangsal Sadewa Bulan Januari 2020 di RSUD Saptosari.

Hardani, dkk (2020) menjelaskan bahwa teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai *setting*, berbagai sumber, dan berbagai cara. Apabila dilihat dari segi cara atau teknik pengumpulan data, maka teknik pengumpulan data dapat dilakukan dengan observasi (pengamatan), *interview* (wawancara), dokumentasi dan gabungan keempatnya dan ini yang di gunakan pada penelitian ini.

#### 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan perolehan data dari observasi dan wawancara petugas klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Saptosari dapat diketahuibahwa RSUD Saptosari belum memiliki SOP tentang pengajuan klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan akan tetapi proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap dapat berjalan dengan baik. Sebab dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Saptosari Gunungkidul menggunakan acuan panduan praktis teknik verifikasi klaim BPJS Kesehatan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2014.

Hasil observasi dan wawancara dengan petugas klaim BPJS Kesehatan rawat inap terkait dengan pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap bangsal Sadewa Bulan Januari 2022 di RSUD Saptosari sebagaiberikut :

##### 4.1 Proses Pengajuan Klaim

- a. Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap RSUD Saptosari Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan petugas klaimrawat inap pasien BPJS Kesehatan, dapat diketahui mengenai alur pengajuan klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan sebagai berikut :
- b. Petugas bangsal akan mengantarkan berkas rekam medis ke unit rekam medis ketika ada pasien BLPL (Boleh Pulang).
- c. Petugas verifikator internal mengecek kelengkapan berkas klaim BPJS beserta hasil penunjang medis seperti hasil laboratorium,hasil radiologi dan hasil USG.
- d. Mengunduh file txt di aplikasi e-klaim.
- e. File txt diunggah pada aplikasi *virtual claim*.
- f. Jika terdapat data yang tidak sesuai maka kan direvisi di e-klaim.
- g. Setelah semua sesuai, berkas diajukan pada *virtual claim* (akan keluar nomor FPK (Formulir Pengajuan Klaim) pengajuan).
- h. Pihak verifikator internal mengirim *softfile* scan berkas klaim ke BPJS Kesehatan melalui media telegram.
- i. Pihak BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi terhadap berkas klaim yang diberikan. Apabila terjadi kesalahan dalam penentuan kode diagnosa pasien atau adanya ketidaklengkapan berkas klaim, petugas akan mengembalikan ke bagian verifikator internal untuk dikonfirmasi kembali dan petugas BPJS akan meminjam dokumen rekam medis rawat inap RSUD Saptosari.
- j. Hasil verifikasi dari BPJS Kesehatan berupa keluarnya BAHV (Berita Acara Hasil Verifikasi) pembayaran BPJS.

Penjelasan diatas didukung dengan hasil wawancara penulisdengan petugas instalasi rekam medis terkait proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap yaitu sebagai berikut :

Narasumber 1 : *“Pengajuan klaim rawat inap dari bangsal sadewa sama dengan bangsal lain juga yang dimulai sejak pasien masuk ke pendaftaran yang didalamnya terdapat berkas yang dibutuhkan untuk proses klaim. Pertama pasien melakukan pendaftaran poli lalu di poli akan dibuatkan SEP (Surat eligibilitas Peserta) rawat jalan disertakan casemix dan surat kontrol atau surat rujukan dari FKTP. Setelah itu pasien akan diperiksa di poli, jika akan dilakukan rawat inap maka poli membuatkan surat rencana inap dan keluarga pasien melakukan pendaftaran ke admin rawat inap. Setelah pasien mendapatkan perawatan selama rawat inap dan dinyatakan pasien BLPL maka petugas bangsal akan melengkapi berkas rekam medis pasien dan mengantarkan berkas rekam medis ke instalasi rekam medis.”*

Narasumber 2: *“Sama seperti yang dikatakan mbak Febi, tapi kalau pasien emergency biasanya pendaftarannya melalui IGD. Berkas yang membedakan antarpendaftaran di IGD dan pendaftaran di poli adalah adanya surat keterangan emergency. Kemudian seterusnya kurang lebih sama. Waktu mau pengajuan klaim itu ada beberapa kendala seperti kurang lengkapnya berkas penunjang pemeriksaan pasien, tulisan dokter yang tidak terbaca, dan lain-lain”*

Narasumber 3: *“Biasanya itu petugas bangsal mengantar berkas rekam medis pasien yang sudah pulang ke bagian RM (Rekam Medis). Nah, nanti ada yang ngecek dari verifikasi internalnya mengenai kelengkapan berkasnya seperti berkas penunjang juga misalnya hasil laboratorium, hasil radiologi, dan juga hasil USG. Setelah itu download txt di aplikasi e-klaim dan di-upload di aplikasi v-claim. Jika ada yang tidak sesuai nanti datanya direvisi (revisi di e-klaim upload kembali di v-claim). Kalau semua datanya sudah sesuai berkasnya akan diajukan di v-claim nanti akan keluar nomor FPK (Formulir Pengajuan Klaim). Baru bisa kirim scan berkas klaim ke BPJS Kesehatan. Dan itupun harus nunggu 10 hari buat diverifikasi pihak BPJS. Kalau sudah 10 hari nanti akan keluar BAHV (Berita Acara Hasil Verifikasi) Pembayaran BPJS.”*

Berdasarkan wawancara di atas dapat disimpulkan bahwa proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap berjalan dengan baik sesuai dengan acuan panduan praktis teknik verifikasi klaim BPJS Kesehatan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2014. Namun, ada beberapa kendala yang menyebabkan terhambatnya pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap seperti berkas penunjang pemeriksaan pasien kurang lengkap, tulisan dokter yang tidak bisa terbaca jelas, dan lain-lain.

#### **4.2 Kendala Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan**

Kendala yang terjadi dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Saptosari. Berdasarkan perolehan data dari observasi dan wawancara petugas klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Saptosari dapat diketahui sebagai berikut :

Dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Saptosari terdapat beberapa kendala sehingga menyebabkan adanya keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap. Hal tersebut disebabkan adanya keterlambatan pengembalian berkas rekam medis dari bangsal ke instalasi rekam medis, berkas yang dikembalikan dari bangsal atau ruang perawatan ke instalasi rekam medis kurang lengkap, permintaan kelengkapan ke bangsal atau ruang perawatan membutuhkan proses yang lama (tidak tepat waktu), dan tulisan dokter yang tidak bisa dibaca.

Penjelasan di atas didukung dengan hasil wawancara penulis dengan petugas instalasi rekam medis terkait proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap yaitu sebagai berikut :

Narasumber 1 : *“Selama pengajuan klaim ada beberapa kendala seperti berkas bangsal ke kita (instalasi rekam medis) kurang lengkap, nanti waktu kita minta kelengkapan prosesnya lama”*

Narasumber 2 : *“Kendalanya itu tulisan dokter yang kurang terbaca jelas atau kadang malah tidak terbaca. Kalau begitu kan nanti kita mau coding susah to”*

Narasumber 3 : *“Kalau kendala ada beberapa yang bikin menghambat kita buat nge-klaim BPJS nya. Contohnya pengembalian berkas rekam medis dari bangsal ke instalasi rekam medis tidak tepat waktu, belum lagi kalau berkasnya kurang lengkap ya kita harus minta kelengkapannya ke bangsal. Dan nanti di bangsal prosesnya juga lama. Jadi itu sering menghambat kita buat nge-klaim. Padahal udah dikejar deadline juga.”*

Berdasarkan hasil wawancara di atas dapat disimpulkan bahwa dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Saptosari ada beberapa kendala yang menghambat proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan diantaranya berkas yang dikembalikan dari bangsal kurang lengkap, permintaan kelengkapan ke bangsal membutuhkan proses yang lama, pengembalian berkas rekam medis ke instalasi rekam medis tidak tepat waktu dan tulisan dokter yang tidak terbaca.

### 4.3 Upaya untuk mengatasi kendala pengajuan klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan perolehan data dari observasi dan wawancara petugas klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Saptosari dapat diketahui sebagai berikut :

Upaya yang dilakukan dalam mengatasi kendala pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Saptosari yaitu petugas memberikan informasi kepada pasien untuk membawa persyaratan dengan lengkap, petugas *coding* berkomunikasi dengan dokter mengenai tulisan kode diagnosa yang tidak bisa dibaca, serta petugas juga membentuk tim BPJS yang terdiri dari penanggungjawab BPJS, koder, dan pihak manajemen untuk melakukan sosialisasi dan evaluasi terkait peraturan dari pihak BPJS.

Penjelasan diatas didukung dengan hasil wawancara penulis dengan petugas instalasi rekam medis terkait proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap yaitu sebagai berikut :

Narasumber 1 : *“Upaya yang kita lakukan untuk mengatasi kendala itu ya waktu diawal kita ngasih tau ke pasien mengenai berkas apa aja yang harus dibawa, dan kita juga ada tim BPJS dimana didalamnya ada penanggungjawabnya, koder dan tim evaluasi”*

Narasumber 2 : *“Kalau ada tulisan dokter yang tidak terbaca kita menemui dokternya dan menanyakan kebeliau terkait kode diagnosa tersebut. Karena kalau nanti kode diagnosa tidak sesuai akan berpengaruh di sistem BPJS kedepannya”*

Narasumber 3 : *“Upayanya yaitu rumah sakit membentuk tim BPJS yang diharapkan nantinya akan menjadi penggerak membantu melakukan sosialisasi, monitoring, dan evaluasi pelaksanaan klaim BPJS”*

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Saptosari terdapat upaya yang dilakukan guna mengatasi adanya kendala dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan diantaranya memberikan informasi kepada pasien untuk membawa berkas yang bertujuan untuk melengkapi persyaratan berkas klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap, membentuk tim BPJS guna membantu monitoring dan evaluasi pelaksanaan klaim BPJS, selain itu juga berkomunikasi dengan dokter terkait kode diagnosa yang tidak terbaca dengan jelas.

## 1. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penulisan dan pembahasan yang telah diuraikan di Bab IV , kesimpulan yang dapat diambil yaitu sebagai berikut :

1. Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap sudah berjalan dengan baik, sesuai dengan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014.
2. Dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Saptosari terdapat beberapa kendala yang menyebabkan terhambatnya proses pengajuan klaim BPJS seperti berkas yang dikembalikan dari bangsal kurang lengkap, permintaan kelengkapan ke bangsal membutuhkan proses yang lama, pengembalian berkas rekam medis ke instalasi rekam medis tidak tepat waktu dan tulisan dokter yang tidak terbaca.
3. Upaya yang dilakukan petugas rumah sakit untuk mengatasi kendala dalam pengajuan klaim BPJS yaitu memberikan informasi kepada pasien untuk membawa berkas yang bertujuan untuk melengkapi persyaratan berkas klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap, membentuk tim BPJS guna membantu monitoring dan evaluasi pelaksanaan klaim BPJS, selain itu juga berkomunikasi dengan dokter terkait kode diagnosa yang tidak terbaca dengan jelas.

### 5.2 Saran

Dari permasalahan dan kesimpulan yang telah diuraikan, penulis dapat memberikan saran untuk RSUD Saptosari sebagai berikut :

1. Sebaiknya sumber daya manusia yang ada di Instalasi Rekam Medis dilakukan adanya penambahan, sehingga kegiatan dapat berjalan dengan efektif dan efisien sesuai dengan target yang ingin dicapai.
2. Perlu adanya sosialisasi terkait pengisian berkas rekam medis untuk petugas di ruang perawatan seperti

dokter dan perawat.

3. Sebaiknya dilakukan adanya evaluasi secara rutin guna memantauegiatan klaim BPJS Kesehatan setiap bulannya.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, (2014), *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, (2014), *Panduan Praktis Teknik Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan*, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Penyusunan APBN, Direktorat Jenderal Anggaran, (2013), *Dasar-Dasar Praktek Penyusunan APBN Di Indonesia*. Jakarta: KementerianKeuangan Republik Indonesia.
- Ernesta, Honcy, Rina Waty, Yoseph Kenjam, (2020), *Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas NusaCendana, Volume 2 (Nomor 2) 1-14.
- Fonda, Muti, Yulia Fitriani, (2021), *Studi Literature Review Tentang Analisis Uni Klaim Dalam Menyelesaikan Tagihan Peserta JKN-KIS*, Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, STIKes Dharma Landbouw Padang, Volume 2 (Nomor 1) 103-106.
- Hardani, dkk, (2020), *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif*, Yogyakarta: CV.Pustaka Ilmu Group Yogyakarta.
- Irmawati, dkk, (2018), *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-syarat Pengajuan Klaim di RSUD R.A. Kartini Jepara*, Jurusan Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang, Volume 1 (Nomor1) 45-51.
- Joko, Rizky Manaida, Adisti Rumayar, Grace Kandou, (2017), *Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sam Ratulangi.
- Malonda TD, Rattu AJM, Soleman T., (2015), *Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sam Ratulangi Manado, Volume 5 (Nomor 2b) 436-447.
- Khoiriyah, Siti, (2018), *Analisis Pemilihan Transportasi Online Roda Dua DiDKI Jakarta Menggunakan Metode AHP*, Universitas Bina Sarana Informatika.
- Nur, Ririn Khotimah, (2021), *Pengelolaan Rekam Medis di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, DIY*, Akademi Manajemen Administrasi Yogyakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Siyoto, Sandu dan Ali Sodik, (2015), *Dasar Metodologi Penelitian*, Yogyakarta: Literasi Media Publishing.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Undang-undang Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Rumah Sakit
- Wahyu, Lentu, Sugeng, (2016), *Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho*, Prodi DIII Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM, Volume 1 (Nomor 1) 22-26.