

**EVALUASI PELAKSANAAN PENGAJUAN KLAIM BPJS PADA PELAYANAN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM DEWI SARTIKA TAHUN 2024**

**Nur Rezky Nurman<sup>1</sup>, Tawakal<sup>2\*</sup>, Noviani Munsir<sup>3</sup>, Ira Nurmala<sup>4</sup>**

STIKes Pelita Ibu

[tawakalpelita17@gmail.com](mailto:tawakalpelita17@gmail.com)

Received: 11-07-2024	Revised: 06-08-2024	Approved: 25-09-2024
----------------------	---------------------	----------------------

**ABSTRACT**

*This study aims to evaluate the implementation of BPJS claim submissions for inpatient services at Dewi Sartika General Hospital in 2024. The research method utilized a qualitative approach, involving in-depth interviews with key and regular informants selected purposively, as well as observations and document studies. Data were analyzed descriptively through stages of collection, reduction, presentation, and conclusion drawing, with validity testing using source, technique, and time triangulation. The findings indicate that human resources input involves a team of coders, verifiers, case mix specialists, and administration, but faces challenges such as incomplete medical record documentation from the responsible medical practitioners (DPJP) and illegible handwriting. The budget did not present issues, while the facilities were adequate but frequently disrupted by internet connectivity problems and power outages. The hospital lacked specific standard operating procedures (SOP) for BPJS claim submissions. The claim process followed the appropriate flow from coding to submission to BPJS but encountered technical and administrative obstacles that caused delays. It is recommended to enhance oversight of DPJP, improve technological infrastructure, develop specific SOPs, and optimize the coding system to increase the effectiveness of BPJS claim submissions.*

*Keywords: Evaluation, BPJS Claims, Inpatient Services, Hospital, Claim Submission.*

**PENDAHULUAN**

Menurut World Health Organization (WHO), sistem kesehatan suatu negara merupakan kumpulan berbagai elemen yang saling terkait dan diperlukan untuk menyediakan layanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat, di mana rumah sakit merupakan salah satu institusi penting dalam pelaksanaan sistem tersebut (Minii & Sari, 2022). Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021, rumah sakit didefinisikan sebagai lembaga pelayanan kesehatan yang memberikan layanan komprehensif, meliputi rawat inap, rawat jalan, serta penanganan keadaan darurat (Kementerian Sekretariat Negara, 2021).

Sementara itu, Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Pasal 1 Ayat 2 menyebutkan bahwa sistem kesehatan nasional adalah pengelolaan kesehatan yang dilakukan secara terpadu oleh seluruh komponen bangsa Indonesia untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi mungkin. Sistem ini mencakup aspek personal, institusi, komoditas, informasi, pembiayaan, serta tata kelola pemerintah dalam menyediakan layanan pencegahan dan pengobatan. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bertujuan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi seluruh rakyat. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), sebagai lembaga yang dibentuk pemerintah, bertanggung jawab mengelola program jaminan sosial, terdiri dari BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan (Khasanah et al., 2023).

Metode pembayaran layanan rumah sakit menggunakan INA-CBGs mengacu pada tarif berdasarkan kelompok kode diagnosis dan prosedur yang tercantum dalam

rekam medis (Permenkes No. 26 Tahun 2021).

Penelitian oleh Defi et al. (2022) mengungkap bahwa pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS masih menghadapi kendala seperti gangguan server, masalah koneksi internet, pemadaman listrik, klaim yang tertunda, dan klaim yang tidak valid. Solusi yang diterapkan meliputi koordinasi dengan tim IT internal atau menunggu perbaikan dari Kementerian Kesehatan. Untuk klaim tertunda, langkah perbaikan meliputi revisi kode diagnosis atau tindakan, pelengkapan bukti pemeriksaan penunjang, serta konsultasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

Menurut data Companies Market Cap per 15 September 2023, United Health merupakan perusahaan asuransi terbesar dunia dengan kapitalisasi pasar sebesar USD 447,96 miliar. Perusahaan asal Amerika Serikat ini mengelola dua platform layanan asuransi, yaitu United Healthcare yang bersifat konvensional dan Optum yang berbasis teknologi (UNH, 2023).

Hingga akhir tahun 2023, sebanyak 95,75% penduduk Indonesia telah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, dengan penambahan rata-rata 1,6 juta peserta baru setiap hari, sehingga total mencapai 606,7 juta peserta. Capaian ini menempatkan Indonesia sebagai negara yang relatif cepat memperluas cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan, 2023).

Di Sulawesi Tenggara, data per 1 April 2024 menunjukkan jumlah kepesertaan JKN sebanyak 2.799.836 jiwa, dengan 2.339.133 jiwa aktif dan 406.703 jiwa tidak aktif yang tersebar di seluruh kabupaten/kota (BPJS Kesehatan Sultra, 2024). Sedangkan di Kota Kendari per 1 November 2023, cakupan kepesertaan mencapai 97,89% dari total 340.055 penduduk, dengan tingkat keaktifan 79,27%. Meski demikian, terdapat 64.694 peserta non-aktif dan 7.326 warga yang belum terdaftar dalam program JKN-KIS.

Tabel klaim pasien BPJS di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika selama tiga tahun terakhir menunjukkan fluktuasi: pada 2021, dari 3.125 berkas klaim, 480 dikembalikan (15,36%); pada 2022, dari 4.855 berkas, 600 dikembalikan (12,36%); dan pada 2023, dari 5.116 berkas, 984 dikembalikan (19,23%). Tingginya persentase pengembalian klaim ini disebabkan oleh kelengkapan dokumen yang belum memadai.

Wawancara pada 17 Februari 2024 dengan salah satu informan di ruang Dewan Pengawas mengungkap beberapa hambatan dalam pengajuan klaim, antara lain terkait sumber daya manusia, sarana prasarana, dan ketidakhadiran Standar Operasional Prosedur (SOP) yang spesifik. SDM dianggap memiliki peran sentral, dengan permasalahan seperti kurangnya perhatian dari DPJP terhadap kelengkapan rekam medis dan pengisian Surat Eligibilitas Peserta (SEP). Ketidakjelasan serta ketidakterbacaan data juga menyulitkan petugas coding dalam menetapkan kode diagnosis dan tindakan. Selain itu, gangguan sarana seperti pemadaman listrik dan masalah jaringan internet seringkali menghambat proses input data. Prosedur pelayanan BPJS dan klaim di rumah sakit ini masih mengacu pada SOP umum tanpa panduan khusus.

Penelitian Andi Wiwismiwati (2023) terkait evaluasi kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika menunjukkan sejumlah kendala utama, seperti kurangnya disiplin dan pengetahuan dokter dalam melengkapi berkas rekam medis, tidak adanya evaluasi SOP yang jelas terkait pengisian berkas rawat inap, pengawasan yang minim terhadap kelengkapan dokumen, serta ketidakterperincian checklist yang digunakan untuk memastikan kelengkapan berkas tersebut.

## **METODE PENELITIAN**

Metodologi penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan tujuan memperoleh pemahaman mendalam terkait evaluasi pelaksanaan pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika melalui wawancara dengan informan kunci

dan biasa yang dipilih secara purposive. Data primer dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan studi dokumentasi, sementara data sekunder berasal dari arsip dan laporan rumah sakit. Analisis data dilakukan secara deskriptif kualitatif melalui tahap pengumpulan, reduksi, penyajian, dan penarikan kesimpulan, serta diuji keabsahannya menggunakan triangulasi sumber, teknik, dan waktu. Penelitian dilaksanakan pada Juni-Agustus 2024 dengan lokasi di RSUD Dewi Sartika, melalui tahapan pra-penelitian, pengumpulan data lapangan, hingga analisis data secara sistematis dengan tetap memperhatikan etika penelitian.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Hasil

#### a. SDM

Hasil wawancara mendalam dengan informan di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika mengungkapkan bahwa rumah sakit tersebut adalah tim koder, tim verifikasi, casemix dan bagian Administrasi. Dari kedua informan, secara konsisten menyebutkan keterlibatan SDM dalam pengajuan klaim BPJS, Ini menunjukkan bahwa mereka merupakan bagian penting dalam pengelolaan klaim di rumah sakit tersebut.

Berikut pernyataan dari informan kunci yang berinisial MI:

*“Untuk SDM dalam pengajuan klaim itu yang terlibat biasa eee, tim koder, verifikasi, casemix dan ini bagian administrasi” (MI, 35 Tahun).*

Pernyataan berinisial M, yaitu:

*“Bagian admin, koder, verifikasi, casemix” (M, 32 Tahun).*

terungkap bahwa salah satu faktor keterlambatan dalam pengajuan klaim adalah permasalahan pada Sumber Daya Manusia (SDM). Hal ini terkait dengan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang kurang memperhatikan kelengkapan dokumen rekam medis dan pengisian Surat Eligibilitas Peserta (SEP). Selain itu, tulisan DPJP yang tidak jelas dan sulit dibaca menyulitkan petugas *coding* dalam menentukan kode diagnosis dan tindakan, serta menyebabkan keterlambatan.

Berikut pernyataan informan peneliti kunci berinisial H:

*“Iya, SDM termaksud faktor keterlambatan, karna biasa DPJP toh masih kurang lengkap da isi berkas, jadi pas kita mau lakukan coding juga takut salah, jadi harus lagi kita konfirmasi ulang sama DPJPnya, ini juga biasa yang jadi salah satu faktor keterlambatannya kita, karna gara-gara itu juga da sebabkan bertumpuk berkas” (H, 45 Tahun).*

*“Menurutku iya, SDM termaksud faktor keterlambatan klaim” (S, 27 Tahun).*

#### b. Anggaran

Hasil wawancara mendalam dengan informan menunjukkan bahwa ada kendala dalam pengajuan klaim terkait unsur *money* (anggaran) informan kunci berinisial MI:

*“Alhamdulillah, Tidak adaji kendalanya kita” (MI, 35 Tahun).*

*“Tidak ada kendalanya di bagian anggaran”* (H,45 Tahun).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika, disimpulkan bahwa proses pengelolaan anggaran di rumah sakit tersebut berjalan lancar tanpa kendala apapun.

### **c. Sarana Prasarana**

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan di Rumah Sakit Dewi Sartika mengungkapkan bahwa mendukung proses untuk pelayanan Rumah Sakit Umum Dewi Sartika meliputi komputer, printer, laptop, jaringan internet. Namun, gangguan pada jaringan internet, kesalahan *server*, serta pemadaman listrik sering terjadi, yang dapat menghambat fungsi fasilitas yang tersedia. Hal ini sejalan dengan pernyataan para informan mengenai sarana dan prasarana yang mendukung pengajuan klaim BPJS. Berikut adalah pernyataan dari informan yang berinisial MI:

*“Hmm, untuk Sarana Prasarana untuk pengajuan klaim di rawat inap toh seperti, komputer, printer, ada juga laptop terus itu yang paling penting jaringan internet. Adapun juga kendalanya di jaringan internet atau server eerror sama lampu padam juga biasa, karna biar ada semua itu toh kalau gangguan samaji, nda berfungsi ji itu yang lain”* (MI, 35 Tahun).

*“Ada jaringan, komputer, laptop, print, aplikasi E-klaim INA-CBG’s dan virtual klaim, ituji kayaknya”* (S,27 Tahun).

Hasil observasi mendalam di Rumah Sakit Dewi Sartika menunjukkan bahwa mendukung proses untuk pelayanan sudah memadai dan memenuhi standar. Temuan ini sejalan dengan pernyataan dari beberapa informan mengenai sarana dan prasarana yang tersedia di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika. Berikut adalah pernyataan dari informan biasa berinisial M:

*“Sarana prasarana sejauh ini sudah memenuhi mi”* (M, 32 Tahun).

*“Iya, Sudah sesuai”* (H, 45 Tahun).

*“Sudah terpenuhi”* (MI, 35 Tahun).

### **d. Standar Operasional Prosedur (SOP)**

Hasil wawancara mendalam dengan informan di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika mengungkapkan bahwa rumah sakit ini belum memiliki SOP yang mengatur proses pengajuan klaim BPJS. Berikut adalah pernyataan dari informan kunci berinisial H:

*“Untuk pengajuan klaim BPJS disini tidak ada SOPnya, jadi kita ikuti saja SOP secara umum.”* (H, 45 Tahun).

*“Belum ada SOP, masih pakai yang umum”* (S, 27 Tahun).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika, diketahui bahwa hingga saat ini belum ada Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur pengajuan klaim BPJS. Para informan mengonfirmasi bahwa

kebijakan SOP untuk proses ini belum diterapkan, sehingga saat ini masih menggunakan SOP secara umum. dengan pasien datang mengambil nomor antrian, pasien dipanggil oleh petugas pendaftaran untuk dilakukan identifikasi. Setelah itu, petugas pendaftaran memeriksa kelengkapan dokumen dan formulir, serta membuat Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP) sebelum mengirimkan berkas ke poliklinik tujuan.

Berikut pernyataan informan biasa yang berinisial M:

*“Pasien BPJS yang datang ke rumah sakit harus dulu ambil nomor antrian di bagian pendaftaran. Sudah itu, mereka menunggu di ruang tunggu sampai di panggil nomor antriannya. Pas dipanggil, petugas pendaftaran da lakukan identifikasi ulang, da periksa statusnya, poliklinik tujuannya, dan metode pembayarannya bagaimana. Kemudian pasien juga diminta mengumpulkan dokumen persyaratan apa-apa yang diperlukan. Apabila dokumennya pasien lengkap dan sesuai persyaratan, pasien bisami mendapatkan layanan baik itu pemeriksaan dari dokter, poliklinik atau IGD. Terus petugas da siapkanmi formulir pendaftaran dan pasien da menunggu di poliklinik tujuannya. Petugas buatkan SEP dengan da masukkan nomor kartu BPJS terus da periksa lagi kelengkapan persyaratan yang da bawa pasien. Kalau sudah semua, berkasnya bisa mi dikirimkan ke poliklinik tujuan pasien”*  
(M, 32 Tahun)

*“Prosesnya yang pertama itu, Pasien da ambil nomor antrian selang beberapa waktu lalu petugas da panggil nomor antriannya pasien dan dalakukan identifikasi. Selanjutnya, petugas pendaftaran kemudian pasien BPJS juga diminta menyerahkan dokumen persyaratan seperti fotokopi kartu BPJS, KTP, dan lain-lain, memeriksa kelengkapan dokumen dan formulir, kalau sudah lengkap, petugas da lakukan pencatatan serta membuat Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP) sebelum mengirimkan berkas ke poliklinik yang dituju”*(S, 27 Tahun).

menunjukkan bahwa semua petugas pelayanan di rumah sakit terlibat dalam proses pemberkasan. Ini mencakup bagian administrasi, tim koder, tim verifikasi, dan casemix, seperti yang dinyatakan oleh informan tersebut. Berikut adalah pernyataan dari informan biasa berinisial MI:

*“Semua petugas pelayanan, seperti bagian administrasi, koder, Verifikator, casemix”* (MI, 35 Tahun)

*“Petugas Pelayanan BPJS”* (S, 27 Tahun).

*“Fotocopy kartu BPJS, KTP, dan KK. Dokumen tambahan termasuk surat rujukan dari FKTP atau surat kontrol, hasil pemeriksaan medis, formulir SEP yang telah diisi, dan formulir pendaftaran rawat inap”*(M, 32 Tahun).

Berdasarkan wawancara mendalam mengenai alur proses klaim di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika, terdapat beberapa kendala yang menghambat pemrosesan klaim, antara lain ketidaklengkapan berkas, gangguan jaringan internet, tulisan dokter yang sulit dibaca. Kendala-kendala ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam pemrosesan klaim dan berdampak pada pengajuan klaim kepada BPJS. Selain itu, proses pelayanan pasien juga terhambat karena belum adanya SOP untuk

proses klaim di rumah sakit tersebut. Berikut pernyataan informan kunci yang berinisial S:

*“Kalau untuk kedala mungkin itu-itu ji seperti itumi BRM yang tidak lengkap yang dari DPJP/Bidan/Perawat, gangguan internet (server error) terkadang juga lampu padam, adanya kesalahan dalam koder diagnosis tulisan dokter yang agak susah kita baca, terus diagnosis yang tidak tercatat juga kadang, terus belum tersedianya SOP pada bagian proses klaim”* (S, 27 Tahun).

*“Semacam itu ketidaklengkapan BRM, tulisannya dokter susah dibaca, Jaringan internet dan server kadang error”* (M, 32 Tahun).

mengenai Rumah Sakit Umum Dewi Sartika, diketahui bahwa tahap pertama dalam proses klaim BPJS adalah pengkodean berkas oleh bagian koder. Setelah itu, berkas tersebut dikirim dimasukkan dalam Data dikelompokkan layanan, dengan nomor SEP atau RM yang dimasukkan untuk verifikasi identitas. Selanjutnya, petugas melakukan verifikasi dan memasukkan data tambahan seperti tanggal pelayanan, tagihan, diagnosis, dan hasil penunjang. Setelah semua data dimasukkan, petugas menarik data dalam format TXT dan Excel, kemudian mengirimkan berkas tersebut ke BPJS Kesehatan untuk verifikasi lebih lanjut. Proses ini biasanya ditargetkan untuk diselesaikan dalam waktu maksimal 2 minggu.

Berikut pernyataan informan kunci yang berinisial H:

*“Proses awalnya yaitu berkas datang dari koder, lalu diserahkan dengan terus petugas klaim da masukkan mi, terus petugas da verifikasi, setelah itu di input tanggal dan bulan pelayanannya, , kalau sudah diinput mi semua petugas da tarik data dalam format TXT dan excel dari sitemnya CBG’s dan waktu yang dibutuhkan dalm proses pengklaiman itu biasa kami target paling lambat 2 minggu”* (H, 45 Tahun).

*“Berkas dari koder, kemudian di input ke aplikasi INa-CBG’s, sama petugas, hmmm terus petugas da masukkan SEP atau RM, di verifikasi dan tambahan input lainnya, terus penarikan data TXT dan excel di INa-CBG’s, lalu dikirim ke BPJS langsung”* (MI,35 Tahun).

Hasil wawancara dengan informan di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika mengungkapkan bahwa ada beberapa kendala yang memperlambat tersebut meliputi masalah jaringan internet yang sering mengalami gangguan, sehingga petugas harus menunggu hingga jaringan stabil, ketidaklengkapan berkas, keterlambatan pengiriman berkas, serta tulisan dokter yang sulit dibaca. Dua informan menegaskan adanya kendala-kendala yang terjadi dalam proses klaim. Berikut adalah kutipan wawancara terkait kendala yang dihadapi oleh informan kunci berinisial MI:

*“Masalahnya biasanya karena server da error, jadi biasa kita tunggu sampai jaringan stabil pi lagi baru kita lakukan proses klaim. Selain itu juga, berkas yang tidak lengkap, dan tulisan dokter yang sulit dibaca juga sering terjadi. Sampai sekarang juga, jaringan masih sering mengalami gangguan kadang juga biasa da mati lampu disini, itumi masalahnya.”* (H, 45 Tahun).

Hal ini sesuai dengan pernyataan dari informan biasa berinisial S sebagai berikut:

*“Kendalanya biasa di jaringan dan server yang error, BRM kurang lengkap, sama tulisan DPJP yang susah dibaca jadi kita harus konfirmasi ulang lagi, ituji kendalanya” (S, 27 Tahun).*

Berdasarkan hasil wawancara terkait Proses data di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika terdiri dari beberapa langkah utama. Pertama, data dikumpulkan dari unit Rawat Inap dan Rawat Jalan, termasuk dokumen penting pasien seperti Kartu BPJS dan rekam medis. Selanjutnya, koder unit RM melakukan pengkodean diagnosis dan prosedur sesuai dengan standar kode medis. Data pelayanan pasien diinput oleh petugas RM, yang mencakup detail seperti tanggal perawatan dan kelas perawatan. Kemudian, sistem *INA-CBGs* digunakan untuk mengelompokkan data pasien ke dalam paket tarif yang sesuai. Berkas klaim dan hasil grouping dikirim ke bagian administrasi klaim untuk diproses lebih lanjut, disertai dengan verifikasi dan validasi data untuk memastikan akurasi dan kepatuhan terhadap ketentuan. Berikut pernyataan informan kunci yang berinisial MI:

*“Data datang dari unit Rawat Inap dan Rawat Jalan, lalu lakukan pengkodean penyakit, Entry Data oleh RM seperti pengimputan data Pasien meliputi data dasar pasien seperti nama, nomor BPJS, tanggal lahir, dan alamat. Kalau untuk data pelayanan termasuk tanggal masuk dan keluar, kelas perawatan, dan lain-lainnya, lalu petugas melakukan gruping INA-CBGs kemudian eee, data dikelompokkan oleh sistem INA-CBGs untuk da tentukan paket tarif sesuai diagnosis dan prosedur. Terus untuk hasil grouping diverifikasi kembali, berkas klaim dan hasil grouping dikirim ke bagian administrasi klaim, kemudian di verifikasi kembali, kalau sudah lengkap semua bisami di lakukan pengajuan” (MI, 35 Tahun).*

Hal ini sesuai dengan pernyataan dari informan kunci berinisial H sebagai berikut:

*“Prosesnya itu pertama berkas dari unit Rawat Inap dan Rawat Jalan, lalu dilakukan pengkodean penyakit. Kemudian petugas RM menginput data pasien dan pelayanan, selanjutnya, data dikelompokkan dalam sistem INA-CBGs, lalu hasil grouping diverifikasi, berkas klaim dikirim ke administrasi klaim, dan setelah verifikasi akhir, klaim boleh diajukan.” (H,45 Tahun).*

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu informan di rumah sakit diketahui bahwa yang melakukan proses adalah petugas koder atau tim coding di rumah sakit. Dari hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa, di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika menunjukkan bahwa pengkodean dan *entry* data pada sistem *INA-CBG's* dilakukan oleh koder atau tim coding di rumah sakit. Dua informan menguatkan bahwa pihak yang menjalankan tugas pada sistem *INA-CBG's* dilakukan oleh koder atau tim coding di rumah sakit. Dua informan menguatkan bahwa koder adalah pihak yang menjalankan tugas ini. Berikut pernyataan informan biasa berinisial M:

*“Petugas koder atau coding” (M, 32 Tahun).*

Hal ini sesuai dengan pernyataan dari informan biasa berinisial S sebagai

berikut:

“Koder” (S, 27 Tahun).

## **Pembahasan**

### **1. Sumber Daya Manusia (SDM)**

Menurut Darmadi (2022), SDM merupakan individu yang berperan sebagai penggerak organisasi dan aset yang harus dikembangkan melalui pelatihan serta penempatan yang tepat. Dalam konteks layanan BPJS, SDM adalah tenaga profesional yang dikelola untuk memberikan pelayanan sesuai standar (Handoko, 2021). Di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika, tim terkait pengajuan klaim mencakup koder, verifikator, tim case-mix, dan administrasi. Peran tim case-mix sangat krusial karena terdiri dari petugas pengkodean, verifikasi, pengelompokan, dan kelengkapan berkas serta dokter penanggung jawab pasien (Ni Wayan Ari Anindita Sari, 2023). UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023 menegaskan pentingnya resume medis sebagai bukti pelayanan serta menetapkan kewajiban tenaga kesehatan dalam sistem kesehatan nasional. Kendala utama di lapangan meliputi kurangnya koordinasi antar petugas JKN, kepala ruang, dan DPJP, yang berdampak pada kelengkapan dokumen klaim. Masalah lainnya adalah keterlambatan klaim akibat DPJP yang kurang teliti mengisi rekam medis dan SEP, serta tulisan yang sulit dibaca oleh petugas koder, sehingga memerlukan konfirmasi ulang (Ariqurna Bayu Triatmaja, 2022). Selain itu, ketiadaan SOP pengajuan klaim dan pengkodean klaim BPJS memperparah masalah ini. Sesuai aturan BPJS Kesehatan 2014, verifikasi klaim oleh petugas harus memastikan kesesuaian kode diagnosa dengan data DPJP, dan ketidaklengkapan dokumen rekam medis akan menghambat klaim (Librianti, 2019).

### **2. Anggaran**

M. Fuad et al. (2020) mendefinisikan anggaran sebagai rencana kuantitatif kegiatan manajemen dalam satu periode, meliputi produk dan harga yang direncanakan (Sasongko & Parulian, 2020). Di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika, tidak ditemukan masalah anggaran dalam pengajuan klaim, bahkan klaim yang direvisi tetap diajukan pada periode berikutnya. Penelitian Isnaini Amalia et al. (2022) juga menyatakan bahwa pengajuan klaim rawat inap berjalan lancar tanpa hambatan anggaran. Suryany & Putri (2021) menambahkan bahwa ketersediaan dana rumah sakit mencukupi sehingga unsur anggaran tidak menjadi faktor penyebab tertundanya klaim.

### **3. Sarana dan Prasarana**

Sarana adalah alat dan fasilitas yang mendukung aktivitas organisasi, seperti perangkat medis atau komputer, yang bertujuan meningkatkan efisiensi kerja (Sutrisno, 2020). Prasarana mencakup infrastruktur fisik yang menopang sarana, seperti gedung dan jaringan listrik (Wahyudi, 2021). Di RS Dewi Sartika, sarana seperti komputer dan printer memadai, namun gangguan listrik dan jaringan sering menghambat proses pengajuan klaim. Meskipun sarana cukup baik, kendala pada kestabilan internet dan pemadaman listrik menjadi masalah utama (Sari et al., 2019). Penelitian Rahmatika et al. (2022) menunjukkan sarana dan prasarana mendukung prosedur klaim, tetapi gangguan jaringan dan pemadaman listrik berdampak negatif pada kelancaran proses. Kondisi ini menegaskan pentingnya sarana dan prasarana yang sesuai standar untuk menghasilkan pelayanan berkualitas (Rahmatika et al., 2018).

### **4. Standar Operasional Prosedur (SOP)**

SOP adalah panduan tertulis yang menguraikan langkah-langkah pelaksanaan tugas agar hasilnya konsisten dan sesuai standar (Dewi, 2024). Di RS Dewi Sartika, SOP khusus untuk pengajuan klaim BPJS belum ada, sehingga petugas masih memakai

SOP umum. Irmawati et al. (2018) menemukan bahwa pengembalian berkas klaim sering terjadi akibat ketidaklengkapan administrasi dan ketidaksesuaian diagnosis serta dokter penanggung jawab, serta belum adanya SOP terstruktur untuk alur klaim. Kekosongan SOP khusus ini menyebabkan proses klaim kurang efisien dan berpotensi meningkatkan kesalahan.

#### 5. Alur Pemberkasan

Alur adalah urutan terstruktur dari aktivitas dalam organisasi yang menjamin sistem kerja berjalan terkoordinasi (Sutrisno, 2023). Alur pemberkasan klaim mencakup pengumpulan dan verifikasi dokumen sebelum diajukan (Joko, 2022). Meskipun alur di RS Dewi Sartika berjalan baik, masih ada kendala seperti dokumen tidak lengkap, duplikasi, dan gangguan jaringan yang menyebabkan keterlambatan (Linda Dwi Astuti, 2021). Dokumen klaim meliputi fotokopi SEP, rekam medis lengkap, surat pernyataan, dan rincian biaya yang harus diverifikasi oleh DPJP (Sawondari et al., 2021). Namun, SOP klaim belum terstruktur dengan baik, dan kelengkapan dokumen yang harus diverifikasi sesuai Permenkes No. 28 Tahun 2014 belum sepenuhnya terpenuhi.

#### 6. Alur Proses Klaim

Proses klaim adalah prosedur penagihan biaya medis yang melibatkan pengumpulan data, pengisian formulir, dan verifikasi asuransi (Brown, 2019; Mulyadi, 2020). Di RS Dewi Sartika, klaim dimulai dari pengkodean oleh koder, penginputan ke sistem INa-CBG's oleh petugas grouper, verifikasi data, hingga pengajuan ke BPJS (Mordekhai Immanuel Sitorus et al., 2022). Setelah pasien pulang, data dikodekan dan diperiksa kelengkapannya sesuai Permenkes No. 26 Tahun 2021. Kendala yang muncul termasuk dokumen tidak lengkap akibat DPJP, tulisan dokter yang sulit dibaca, gangguan jaringan, server error, dan pemadaman listrik yang menghambat proses klaim sehingga berpotensi menunda pembayaran (Windarti, 2019). Aplikasi INa-CBG's berperan penting dalam pengklasifikasian tarif pelayanan, dan data harus akurat agar klaim lancar. Jika dokumen tidak lengkap, klaim dapat tertunda hingga perbaikan selesai (Petunjuk Teknis BPJS, 2014).

### KESIMPULAN

Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat ketidaklengkapan dokumen rekam medis dan kesulitan penulisan SEP oleh DPJP, serta gangguan jaringan dan ketiadaan SOP khusus klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika, meskipun alur proses klaim sudah berjalan sesuai prosedur. Hambatan ini mempengaruhi kecepatan dan ketepatan pengajuan klaim. Oleh karena itu, disarankan untuk meningkatkan pengawasan dan audit terhadap DPJP, memperbaiki sarana prasarana terutama infrastruktur listrik dan jaringan, menyusun SOP khusus klaim BPJS yang lebih spesifik, serta mengoptimalkan proses pengkodean melalui pelatihan dan peningkatan sistem IT agar proses klaim menjadi lebih efektif dan efisien.

### DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, L. D. (2021). *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Klaim BPJS di RSUD Leuwiliang Bogor Tahun 2018*.
- BPJS Kesehatan. (2023). *Data Kepesertaan BPJS Kesehatan 2023*.
- BPJS Kesehatan Sultra. (2024). *Data Kepesertaan JKN Sulawesi Tenggara per 1 April 2024*.

- BPJS Kesehatan. (2014). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan*.
- Brown, L. S. (2019). *Healthcare Claims Processing: Procedures and Standards*.
- Companies Market Cap. (2023, September 15). *United Health Market Capitalization Data*.
- Darmadi. (2022). *Manajemen Sumber Daya Manusia dalam Organisasi*.
- Defi, et al. (2022). *Kendala Pelaksanaan Pengajuan Klaim Pasien BPJS*.
- Dewi, S. (2024). *Standard Operational Procedure dalam Manajemen Organisasi*.
- Fuad, M., et al. (2020). *Penganggaran dalam Manajemen Organisasi*.
- Handoko. (2021). *Manajemen Sumber Daya Manusia dalam Pelayanan Kesehatan*.
- Irmawati, et al. (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*.
- Joko, P. (2022). *Alur Pemberkasan dalam Sistem Klaim Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Peraturan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Kementerian Sekretariat Negara. (2021). *Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumaha Sakitan*.
- Khasanah, et al. (2023). *Sistem Jaminan Sosial Nasional dan BPJS Kesehatan*.
- Librianti. (2019). *Analisis Proses Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan*.
- Megawati. (2016). *Proses Pelayanan Pasien BPJS di Rumah Sakit*.
- Minii & Sari. (2022). *Sistem Kesehatan dan Peran Rumah Sakit*.
- Mulyadi, T. (2020). *Proses Klaim BPJS Kesehatan: Prosedur dan Implementasi*.
- Rahmatika, C., et al. (2018). *Sarana dan Prasarana dalam Pelayanan Kesehatan*.
- Rahmatika, C., et al. (2022). *Evaluasi Sarana Prasarana dalam Prosedur Klaim BPJS*.
- Republik Indonesia. (2012). *Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional*.
- Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*.

- Sari, N. W. A. A. (2023). *Peran Tim Case-Mix dalam Pengajuan Klaim BPJS*.
- Sari, et al. (2019). *Sarana dan Prasarana dalam Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*.
- Sasongko & Parulian. (2020). *Penganggaran dan Perencanaan Keuangan*.
- Sawondari, Alfiansyah, & Muflhatin. (2021). *Persyaratan Dokumen Klaim BPJS Kesehatan*.
- Sitorus, M. I., et al. (2022). *Analisis Tugas Petugas Koder di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai*.
- Suryany & Putri. (2021). *Manajemen Keuangan dalam Pelayanan Kesehatan*.
- Sutrisno. (2020). *Sarana dalam Sistem Organisasi*.
- Sutrisno, M. (2023). *Alur Proses dalam Manajemen Organisasi*.
- Triatmaja, A. B. (2022). *Penyebab Klaim Tertunda pada Pelayanan BPJS*.
- UNH. (2023). *United Health Annual Report 2023*.
- Wahyudi. (2021). *Prasarana dalam Infrastruktur Organisasi*.
- Windarti. (2019). *Evaluasi Pelaksanaan Klaim BPJS di Rumah Sakit*.
- Wiwismiwati, A. (2023). *Evaluasi Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika*.
- World Health Organization (WHO). *Sistem Kesehatan Global dan Standar Pelayanan*.
- .