



PROSEDUR KLAIM BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT JALAN GUNA MENUNJANG PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT

Nur Maimun¹, Jihan Natassa^{2✉}, Henny Maria Ulfa³, Salsabillah⁴

(1,2,3,4)Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Hang Tuah Pekanbaru, Indonesia

ARTICLE INFO

Artikel history :

Submitted : 2024-05-28

Accepted : 2024-06-21

Publish : 2024-06-30

Kata kunci :

Klaim Pasien BPJS, SPO

ABSTRAK

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah sebuah program sebagai tindak lanjut dari pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Proses klaim BPJS memerlukan berkas yang dijadikan syarat diterimanya klaim tersebut. Berkas akan diolah oleh petugas *Casemix* setelah pasien selesai mendapatkan pelayanan. Rumah Sakit Bina Kasih menunjukkan bahwa adanya ketidaklengkapan berkas pada biaya billing rumah sakit dan pengisian cara pulang pasien pada input identitas pasien BPJS Kesehatan rawat jalan. Jika pengisian bukti pelayanan belum lengkap dan lembar penunjang seperti biaya billing rumah sakit belum ada, maka petugas *casemix* belum dapat melakukan proses klaim BPJS Kesehatan rawat jalan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui prosedur klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan guna menunjang pelayanan kesehatan. Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan jumlah informan 2 orang (1 orang kepala *Casemix*, 1 orang petugas *Casemix*). Lokasi penelitian di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru pada bulan Juni – Agustus 2023 dengan menggunakan pedoman observasi dan pedoman wawancara. Hasil penelitian adalah pihak BPJS hanya akan memverifikasi berkas pasien rawat jalan apabila semua berkas sudah lengkap, alur prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di Rumah sakit Bina Kasih secara tertulis belum ada, SPO Klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan sudah ada secara tertulis, namun masih belum terpisah antara SPO rawat jalan dan rawat inap. Diharapkan kelengkapan berkas BPJS Kesehatan pasien rawat jalan sebelum di lakukan klaim harus dilengkapi dan SPO berkas klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bina Kasih dibuat terpisah antara SPO berkas klaim rawat jalan dan SPO berkas klaim rawat inap.

ABSTRACT

The Social Security Administering Body (BPJS) is a program as a follow-up to the National Health Insurance (JKN). The BPJS claim process requires files that are used as a condition for accepting the claim. The files will be processed by Casemix staff after the patient has finished receiving services. Bina Kasih Hospital indicated that there were incomplete files for hospital billing costs and filling in the patient's way of going home when entering the identity of the outpatient BPJS Health patient. If the proof of service is not completed and supporting sheets such as hospital billing costs are not yet available, then the casemix officer will not be able to process the outpatient BPJS Health claim. The aim of this research is to determine the BPJS Health claim procedure for outpatients to support health services. This type of research is a qualitative descriptive study with 2 informants (1 Casemix head, 1 Casemix officer). The research location was at Bina Kasih Hospital Pekanbaru in June – August 2023 using observation guidelines and interview guidelines. The results of the research are that the BPJS will only verify outpatient files if all the files are complete, the procedure flow for submitting an outpatient BPJS Health claim at Bina Kasih Hospital in writing does not yet exist, the BPJS Health Claim SPO for outpatients already exists in writing, but it is still there is no separation between outpatient and inpatient SPO. It is hoped that the BPJS Health files for outpatients must be complete before a claim is made and the SPO for BPJS Health claims files at Bina Kasih Hospital is made separately between the SPO for outpatient claims files and the SPO for inpatient claims files.

✉ Corresponding Author:

Jihan Natassa

Universitas Hang Tuah Pekanbaru, Indonesia

Telp. 085265588210

Email: jihannatassa@htp.ac.id

PENDAHULUAN

Pada awal tahun 2014, pemerintah Indonesia memulai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No.28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. Fasilitas kesehatan yang terlibat dalam program JKN terbagi menjadi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yang mencakup praktisi dokter, puskesmas, klinik pratama, dan rumah sakit kelas D pratama, serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Menurut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah menjalankan jaminan kesehatan masyarakat. Baik Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) maupun Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) diberikan kepada penduduk miskin dan tidak mampu oleh pemerintah. Menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004, semua orang harus memiliki jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau biasa disebut dengan BPJS adalah sebuah program sebagai tindak lanjut dari pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS ditetapkan didalam undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Sebagai tindak lanjut JKN yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan yang implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (BPI) Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

BPJS saat ini banyak diandalkan masyarakat menengah kebawah karena dianggap sangat membantu sebagai asuransi kesehatan, selain karena biaya atau iuran yang murah dan pendaftarannya terbilang cukup mudah, tidak heran BPJS menjadi asuransi favorit masyarakat menengah kebawah. Mengingat fungsi utama dari pemerintah adalah melayani masyarakat, maka setiap instansi pemerintahan adalah memberikan pelayanan atau menyelenggarakan pelayanan publik (*public service*) dan kesejahteraan bagi rakyatnya (*public welfare*) berdasarkan peraturan perundang-undangan. Maka rumah sakit menjadi salah satu unit pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan asuransi kesehatan bagi masyarakat. Rumah sakit adalah lembaga pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia No.340/MENKES/PER/III/2010). Rumah sakit menjadi tempat pemondokan yang memberikan pelayanan medik jangka pendek, jangka panjang meliputi kegiatan observasi, diagnostik, terapeutik, rehabilitasi bagi semua yang menderita sakit atau luka serta bagi mereka melahirkan, diberikan pelayanan yang membutuhkan sesuai sakit dideritanya, dan bagian penting dari pelayanan pemulihan Kesehatan.

Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru memberikan perawatan medis kepada masyarakat, baik rawat jalan maupun rawat inap. Bagian pelayanan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru yang mendukung program kesehatan pemerintah, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS Kesehatan adalah alternatif untuk program Jaminan Kesehatan Nasional yang memberikan jaminan kesehatan nasional bagi seluruh penduduk Indonesia, dan masyarakat dapat menggunakan program ini untuk mendapatkan perawatan medis (Puspainingsih et al., 2022)

BPJS Kesehatan menanggung pembayaran pelayanan kesehatan pasien kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKRTL) melalui INA Case Base Groups (CBG's). Untuk mendapatkan pembiayaan dari pelayanan kesehatan ke BPJS, persyaratan klaim

harus diajukan kepada verifikator untuk diverifikasi, yang menghasilkan biaya verifikasi.

(Gustiana et al., 2022)

Klaim BPJS Kesehatan, persyaratan administrasi adalah rekam medis, ini karena rekam medis berisi informasi tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, prosedur, dan layanan lain yang telah diterimanya (Permenkes, 2008). Verifikasi administrasi, klaim mencakup 2 perihal pokok diantaranya Berkas klaim yang akan diverifikasi dan Tahap verifikasi administrasi klaim. Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan adalah Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditanda tangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi), Tanda terima alat kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll), Berkas pendukung lain yang diperlukan. Sedangkan Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat inap adalah Surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP, Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Laporan operasi (jika diperlukan), Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi), Tanda terima alat kesehatan (alat bantu gerak, collarneck, corset, dan lain-lain), Berkas pendukung lain yang diperlukan. Keterangan diatas adalah berkas yang diperlukan saat proses input klaim BPJS Kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap. Dan proses klaim berkas tersebut sebaiknya memiliki panduan ataupun acuan yang biasa disebut Standar Prosedur Operasional (SPO)(Rahayu & Sugiarti, 2021)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Maimun, N (Maimun & Rifqi, 2020) mengenai faktor-faktor proses keterlambatan pelayanan klaim asuransi (BPJS) menunjukkan bahwa adanya keterlambatan proses pelayanan klaim asuransi BPJS, apabila proses klaim BPJS dirumah sakit bersalin annisa terlambat ke pihak asuransi BPJS, maka pihak asuransi BPJS akan memperlambat membayar klaim ke pihak rumah sakit bersalin annisa dan akan mempengaruhi keuangan rumah sakit bersalin annisa untuk menutupi keuangan yang dibutuhkan rumah sakit bersalin annisa. Klaim BPJS pasien sering lupa membawa surat kontrol ulang, berkas rekam medis yang dak lengkap seper tanda tangan dokter, diagnosa yang dak diisi, dan Surat Eligibilitas Pasien (SEP) bermasalah dikarenakan pasien ada yang menunggak pembayaran iuran BPJS, dan untuk pengklaiman BPJS Rumah Sakit Bersalin Annisa hanya mempunyai satu komputer yang digunakan dalam mengajukan klaim.

Tabel 1. Input Identitas Pasien

Input Identitas Pasien	Lengkap		Tidak Lengkap		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nomor Rekam Medis	15	100	0	0	15	100
Kelas Rawatan	15	100	0	0	15	100
DPJP	15	100	0	0	15	100
Cara Pulang Pasien	0	0	15	100	15	100
Biaya Billing Rumah Sakit	5	33	10	66	15	100

Sumber: Berkas BPJS Kesehatan pasien rawat jalan Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru Tahun 2023.

Berdasarkan survei di Rumah Sakit Bina Kasih pada 15 berkas rekam medis, data diatas dapat dilihat bahwa proses input berkas JKN yang tidak lengkap ada pada pengisian cara pulang pasien dengan presentase 100%. Hal ini terjadi dikarenakan kesibukan petugas dalam mengisi pengisian lembar rekam medis pasien. Dan terdapat ketidaklengkapan berkas pada biaya billing rumah sakit yaitu 66% dikarenakan invoice dari poli tidak sampai ke kasir rawat jalan bagi pasien yang tidak ada proses mengambil obat (hanya konsultasi saja).

Berdasarkan survei yang diperoleh diketahui bahwa Rumah Sakit Bina Kasih telah melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan dengan memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan IGD. Diperoleh informasi bahwa adanya ketidaklengkapan pengisian kondisi pasien pulang dan lembar biaya billing rumah sakit. Jika pengisian bukti pelayanan belum lengkap dan lembar penunjang seperti biaya billing rumah sakit belum ada, maka petugas *casemix* belum dapat melakukan proses klaim BPJS Kesehatan rawat jalan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prosedur pengklaiman BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru Tahun 2023.

METODE

Jenis desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru pada bulan Juni-Agustus 2023. Informan Penelitian terdiri dari 2 orang diantaranya 1 orang kepala *casemix* dan 1 orang petugas *casemix*. Instrument penelitian menggunakan pedoman observasi dan pedoman wawancara. Pengolahan data menggunakan triangulasi sumber dari kepala *casemix*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil Observasi

Dari hasil observasi peneliti menemukan Tinjauan Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru Tahun 2023. Seperti pada tabel berikut:

Tabel 2. Hasil Observasi Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bina Kasih

10	Variabel yang Diamati	Ada	Tidak	Keterangan
1	Berkas Verifikasi Rawat Jalan a. Surat Egibilitas Pasien (SEP) b. Bukti pelayanan yang mencamtumkan 42 iagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)	√		Berkas verifikasi rawat jalan sudah ada, berkas tersebut adalah salah satu syarat pengajuan klaim. Tetapi masih terdapat adanya berkas yang tidak terlampir seperti lembar penunjang biaya billing rumah sakit yang belum ada
2	Prosedur Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan		√	Prosedur pengajuan klaim secara tertulis belum ada tapi tim Casemix memakai SPO berkas klaim sebagai acuan karena pada SPO berkas klaim Pasien BPJS tercantum prosedur pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru.

No	Variabel yang Diamati	Ada	Tidak	Keterangan
3	Standar Prosedur Operasional (SPO) Berkas Klaim Pasien BPJS Kesehatan Rawat Jalan	√		SPO berkas klaim pasien JKN secara sudah ada

Sumber: Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru Tahun 2023

Berdasarkan table 2 hasil observasi tinjauan prosedur klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru, diketahui bahwa berkas verifikasi sudah ada. Karena berkas tersebut syarat untuk verifikasi klaim. Namun masih ada berkas yang masih belum lengkap seperti lembar biaya billing rumah sakit. Dan acuan pelaksanaan prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bina Kasih secara tertulis belum ada, hanya saja tim *Casemix* mengikuti acuan yang ada di SPO Berkas Klaim yang ada di rumah sakit.

2. Hasil Wawancara

Adapun yang menjadi informan pada penelitian ini berjumlah 2 orang diantaranya yaitu, 1 kepala *casemix* dan 1 petugas *casemix*. Adapun karakteristik petugas tersebut:

Tabel 3. Karakteristik Informan

No	Kode Informan	Pendidikan	Jabatan	Jumlah
1	Informan 1	Dokter	Kepala Casemix	1
2	Informan 2	D3 RMIK	Petugas Casemix	1

Sumber: Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru, 2023

Berdasarkan wawancara peneliti terhadap informan, maka diperoleh informasi mengenai tinjauan prosedur klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan tahun 2023 sebagai berikut:

1. Berkas Klaim yang Diverifikasi pada Verifikasi Administrasi BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada informan mengenai berkas klaim pasien BPJS Kesehatan diketahui bahwa pihak BPJS hanya akan memverifikasi berkas pasien rawat jalan apabila semua berkas sudah lengkap seperti surat SEP, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur tanda tangan oleh DPJP, berkas pendukung dan penunjang lainnya dan semua berkas tersebut wajib dilampirkan. kelengkapan lembar penunjang yaitu masih ada lembar biaya billing rumah sakit yang belum terlampir pada berkas BPJS rawat jalan. Hal ini dapat diperoleh berdasarkan wawancara berikut:

“Berkas pasien BPJS Kesehatan rawat jalan yang di klaim adalah SEP, DPJP, asesmen rawat jalan, billing, dan kelengkapannya seperti penunjang labor radiologi. Palingan ada beberapa berkas yang kurang lengkap seperti biaya billing karena terkadang invoice dari poli tidak sampai ke kasir rawat jalan bagi pasien yang tidak ada proses mengambil obat (informan1).

“Penyebab ketidakeengkapan berkas seperti biaya billing rumah sakit itu disebabkan ada beberapa pasien yang tidak ada obat dan petugas lupa menyampaikan kekasir sehingga billing lupa tercetak.” (informan2).

“Jika DPJP dan diagnosa tidak terisi maka dicari DPJP-nya untuk dilengkapi kelengkapannya dan petugas Casemix yang langsung mencari DPJP-nya” (informan2)

2. Pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti mengenai pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan bahwa alur prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di Rumah sakit Bina Kasih secara tertulis belum ada. Hal ini dilihat dari alur klaim yang diterapkan mulai dari pasien datang berobat, lalu mendapatkan pelayanan setelah itu pasien pulang. Maka petugas mengumpulkan berkas rekam medis di bagian filling, lalu membawa ke *Casemix* untuk diklaim. Untuk alur ini sudah berjalan dengan baik dan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan mengikuti acuan SOP berkas klaim pasien JKN. Berkas-berkas juga dilakukan pengecekan ulang seperti SEP, sudah terisi diagnosa pasien, dan DPJP. Sampai saat ini pun belum ada keterlambatan pengajuan klaim yang terjadi di Rumah Sakit Bina Kasih karena tim *Casemix* melakukan pengajuan klaim sebelum tanggal 10 setiap bulannya. Hal ini dapat diperoleh dari hasil wawancara berikut:

“Pengajuan klaim dilakukan oleh tim Casemix dan kendala yang dihadapi saat pengajuan klaim kendalanya itu jaringan, kadang ada data yang tidak purifikasi, dan ada data yang lupa dimasukkan seperti data yang meninggal atau pulang” (informan1)

“Aplikasi yang digunakan yaitu V-Claim, dan sampai saat ini pengajuan klaim belum ada yang terlambat karena pengajuan klaim itu sebelum tanggal 10, dan kita sudah mengajukannya sebelum tanggal 10” (informan2)

“Proses pengklaiman BPJS Kesehatan kalau sudah diinput semua di E-Claim nanti diajukan pengajuannya di V-Claim dan nanti ada data laporan dan dikirim ke BPJS Kesehatan” (informan1).

3. SPO klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Bina Kasih bahwa SPO Klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan sudah ada secara tertulis. Namun masih belum terpisah antara SPO rawat jalan dan rawat inap. Hal ini dapat diperoleh berdasarkan wawancara berikut:

“SPO untuk klaim BPJS sudah ada” (informan1)

“SPO Klaim rawat jalan dan rawat inap masih gabung” (informan2)

PEMBAHASAN

1. Berkas Klaim yang Diverifikasi pada Verifikasi Administrasi BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Bina Kasih

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti kepada informan mengenai berkas klaim pasien BPJS Kesehatan diketahui bahwa pihak BPJS hanya akan memverifikasi berkas pasien rawat jalan apabila semua berkas sudah lengkap seperti surat SEP, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur tanda tangan oleh DPJP, berkas pendukung dan penunjang lainnya dan semua berkas tersebut wajib dilampirkan. kelengkapan lembar penunjang yaitu masih ada lembar biaya billing rumah sakit yang belum terlampir pada berkas BPJS rawat jalan.

Untuk mengajukan klaim rawat jalan ke BPJS Kesehatan, persyaratan administrasi yang harus dipenuhi adalah sebagai berikut:

- 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

- 2) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnose dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- 3) Bukti pendukung tambahan, jika ada pembayaran klaim di luar INA'CBG
 - a) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
 - b) Resep alat kesehatan
 - c) Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantudengar, alat bantu gerak, dll). (Direktorat Pelayanan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, 2014)

Hal ini sejalan dengan penelitian Emilia, dkk (Putri & Nugroho, 2022), proses klaim BPJS memerlukan berkas yang dijadikan syarat diterimanya klaim tersebut. Berkas akan diolah oleh petugas *Casemix* setelah pasien selesai mendapatkan pelayanan. Adapun berkas tersebut sebagai berikut: Berkas Klaim untuk Pasien Rawat Jalan (Surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat I/ Suratemergency, surat Eligibilitas Peserta (SEP), fotokopi KTP dan kartu BPJS, resume, laporan pemeriksaan penunjang, resep obat, billing). Apabila berkas persyaratan tidak lengkap, berkas klaim mungkin dikembalikan, yang dapat merugikan RS karena memperlambat proses pembayaran klaim (Nuraini et al., 2019). Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan polis(Agiwahyunto et al., 2021).

Menurut hasil penelitian berkas klaim yang diverifikasi di Rumah Sakit Bina Kasih sudah sesuai dengan ketentuan pihak BPJS namun masih ada beberapa berkas yang belum lengkap pada lembar penunjang yaitu biaya billing rumah sakit.

2. Pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru yaitu tim *Casemix* melakukan pengajuan klaim sebelum tanggal 10 setiap bulannya menggunakan aplikasi *V-Claim*.

Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) menyatakan bahwa Fasilitas Kesehatan harus mengajukan klaim setiap bulan secara rutin paling lambat tanggal sepuluh bulan berikutnya; kecuali kapitasi, Fasilitas Kesehatan tidak perlu mengajukan klaim. Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya(Nurzakiyah et al., 2023).

Fasilitas yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus dapat mengajukan klaim setiap bulan secara rutin paling lama tanggal 10 bulan berikutnya, dengan berkas persyaratan yang dilengkapi sesuai dengan prosedur verifikasi BPJS Kesehatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Wiwin Winarti (Winarti & Sukmawati, 2022), Klaim di Rumah Sakit diajukan secara kolektif, berkala, dan lengkap setiap awal bulan, tetapi tidak lebih dari tanggal 10 setiap bulannya. Dana dapat dicairkan pada bulan yang sama, atau 15 hari setelah Berita Acara Kelengkapan Berkas, atau Berita Acara Serah Terima Klaim diterbitkan.

Menurut penelitian Nurfadilah dewi, terdapat 1% berkas klaim yang dikembalikan akibat tidak lolos verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dan terdapat 99% (30.582) berkas klaim yang lolos verifikasi dari seluruh total berkas klaim yang diajukan yaitu sebanyak 30.940 periode bulan Oktober-Desember tahun 2021 (Dewi & Zahwa, 2023)

Dari hasil penelitian, peneliti berasumsi bahwa pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bina Kasih sudah terlaksana dengan baik karena pada SPO Klaim Berkas yang menjadi acuan tim *Casemix* untuk penyerahan berkas klaim ke verifikator yaitu “Semua berkas BPJS Kesehatan rawat inap dan jalan diserahkan berkala selambat-lambatnya tanggal 10 setiap bulannya kepada verifikator di kantor BPJS cabang Kota Pekanbaru dan dihitung jumlahnya agar tidak terjadinya kesalahan jumlah”.

3. SPO klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti, SPO klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru sudah ada secara tertulis. Namun masih belum terpisah antara SPO rawat jalan dan rawat inap.

Menurut Permenkes No. 35 Tahun 2012, Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian petunjuk tertulis tentang berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, termasuk kapan, di mana, oleh siapa, dan bagaimana harus dilakukan.

Hasil Penelitian Gustiana menyatakan bahwa Standar Prosedur Operasional (SPO) merupakan prosedur kerja yang rinci dan terperinci yang diterapkan pada setiap pekerja untuk mencapai tujuan lembaga, instalasi, atau perusahaan.

Menurut penelitian Latifah, M (Latifah & Putri, 2021) Selama proses pengajuan claim rawat jalan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Panti Wilasa dr. Cipto Semarang, proses yang dilakukan oleh petugas casemix sepenuhnya sesuai dengan tahapan SPO yang ditentukan. Namun, SPO tidak dapat dibaca karena tidak ditempel di dinding dan hanya disimpan dalam map file. Proses SPO tersebut mulai dari pengambilan berkas klaim rawat jalan hingga pengarsipan berkas

Menurut pendapat peneliti, SPO pengklaiman berkas BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bina Kasih Pekanbaru sudah ada dan berjalan dengan baik, hanya saja masih belum terpisah antara SPO klaim BPJS rawat jalan dan rawat inap.

SIMPULAN

Berkas klaim pasien BPJS Kesehatan rawat jalan yang diverifikasi sudah dilampirkan. kelengkapan lembar penunjang yaitu masih ada lembar biaya billing rumah sakit yang belum terlampir pada berkas BPJS rawat jalan. Pengajuan klaim BPJS Kesehatan sudah baik dan terlaksana dengan lancar. Namun terkadang ada kendala jaringan saat pengajuan dan terkadang ada data yang tidak purifikasi dan lupa dimasukkan seperti data yang meninggal atau pulang. Standar Prosedur Operasional (SPO) klaim BPJS Kesehatan secara tertulis di Rumah Sakit Bina Kasih sudah ada, namun masih belum terpisah antara rawat jalan dan rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, F., Anjani, S., & Stacey, S. C. (2021). Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Bpjs Kesehatan Instalasi Rawat Jalan Kasus Fisioterapi. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 9(3), 551–569.
- Dewi, N. F., & Zahwa, A. (2023). Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien Rawat Jalan BPJS Kesehatan RS Hermina Galaxy. *Jurnal Adminisrasi Bisnis*, 5(2), 1–14.
- Gustiana, S., Savitri, F., & Susanti, A. (2022). Analisis Prosedur Klaim Bpjs Dan Sop Rawat Inap Guna Menunjang Efektivitas Kerja Pegawai Di PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung. *Jurnal Teras Kesehatan*, 5(1), 40–46.
- Latifah, M., & Putri, A. S. (2021). Trend Pending Claim Rawat Jalan BPJS Kesehatan RS. Panti Wilasa dr. Cipto Semarang. *Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan*, 1(1), 18–24.
- Maimun, N., & Rifqi, R. (2020). Faktor-Faktor Keterlambatan Proses Pelayanan Klaim Asuransi (Bpjs) Di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 6(2).
- Nuraini, N., Wijayanti, R., Putri, F., Alfiansyah, G., Deharja, A., & Santi, M. E. (2019). Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Jurnal Kesmas Indonesia*, 11(1), 24–35.
- Nurzakiyah, A., Chotimah, I., & Raharyanti, F. (2023). Gambaran Berkas Klaim BPJS Rawat Inap yang Tertunda di RSUD Kota Depok Tahun 2022. *Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 6(4), 315–319.
- Permenkes. (2008). *Rekam Medis*.
- Permenkes. (2023). *Penyelenggaraan Kegiatan Usaha Rumah Sakit Di Kawasan Ekonomi Khusus*.
- Puspaningsih, M., Suryawati, C., & Arso, S. P. (2022). Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Dalam Menurunkan Klaim Pending. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(6).
- Putri, E., & Nugroho, R. (2022). Analisis Penyebab Keterlambatan Verifikasi Klaim BPJS Pada Pembiayaan Pasien di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika. *Jurnal Permata Indonesia*, 13(1), 43–53.
- Rahayu, L., & Sugiarti, I. (2021). Analisis Prosedur Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Health Information Managemen*, 1(2).
- Winarti, W., & Sukmawati, T. D. (2022). Gambaran Sistem Pengajuan Klaim pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung. *Jurnal Teras Kesehatan*, 5(1), 63–72.