

ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM PASIEN BPJS RAWAT INAP DALAM RANGKA MENGOPTIMALKAN PENDAPATAN DI RSUD BANTEN

Handayani, Bayu Wahyudi, Kahar Mulyani
Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Indonesia
Email : handayani2062@gmail.com

ABSTRAK

Proses penagihan piutang untuk biaya pelayanan dilakukan melalui sistem klaim. Dokumen persyaratan klaim diajukan kepada verifikator BPJS Kesehatan. Namun, hasil pengamatan mendalam menunjukkan adanya masalah berupa pengembalian dokumen klaim oleh pihak verifikator BPJS. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan analisis 5M (manusia, uang, material, metode, dan mesin) untuk mengidentifikasi penyebab klaim yang tertunda. Pengumpulan data diperoleh dari wawancara yang mendalam, pengamatan dan penelusuran dokumen. Hasil penelitian menyatakan bahwa penyebab berkas klaim mengalami pending dan tidak bisa diajukan klaimnya adalah kurangnya SDM, kurangnya pelatihan, berkas tidak lengkap, salah coding, salah input, hasil pemeriksaan penunjang tidak dilampirkan, tidak ada back up jaringan internet serta pelaksanaan manajemen operasi di RSUD Banten belum optimal.

Kata kunci:

Pending klaim, Klaim BPJS, Asuransi

Keywords:

Pending claim, BPJS claim, Insurance

The process of collecting receivables for service fees is carried out through the claims system. The claim requirement documents are submitted to the BPJS Health verifier. However, the results of in-depth observations show a problem in the form of returning claim documents by the BPJS verifier. This study uses a qualitative approach with 5M analysis (people, money, materials, methods, and machines) to identify the causes of delayed claims. Data collection was conducted as a result of in-depth interviews with the hospital staff in Insurance division, observation and document tracking. The results showed that the reasons for filing claims that was rejected were the insufficient of human resources in the insurance division, inadequate personnel training, the file was incomplete, wrong coding, wrong input, the results of supporting examinations of the patients were not attached, and lastly there was no internet network back up an and healthcare operation manajement in RSUD Banten was not yet optimum.

*Ini adalah artikel akses terbuka di bawah lisensi [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).
This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.*

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) resmi diluncurkan oleh pemerintah Indonesia sejak 1 Januari 2014, dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sesuai dengan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011. Program ini merupakan implementasi dari komitmen global berdasarkan resolusi WHO ke-58 tahun 2005 di Jenewa, yang mengamanatkan setiap negara untuk mengembangkan Universal Health Coverage (UHC) bagi seluruh penduduk. Pemerintah Indonesia bertanggung jawab untuk menjamin akses layanan kesehatan masyarakat melalui program JKN.

Dalam kerja sama antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit atau Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) untuk mendukung pelaksanaan program ini, metode pembayaran klaim dilakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 3 Tahun 2023. Pembayaran menggunakan skema Tarif INA-CBG, yaitu penghitungan biaya klaim berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur medis. Tarif ini mencakup seluruh sumber daya yang digunakan dalam layanan, baik medis maupun nonmedis, oleh fasilitas kesehatan terkait.

Sistem pembayaran dengan metode INA-CBG di rumah sakit melibatkan tahapan verifikasi berkas sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan. Verifikasi ini dilakukan oleh verifikator BPJS untuk memastikan keabsahan administrasi sebagai bentuk pertanggungjawaban atas layanan yang telah diberikan oleh fasilitas kesehatan. Proses ini bertujuan untuk menjaga mutu layanan dan memastikan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Prosedur verifikasi dimulai dengan fasilitas kesehatan menyiapkan dokumen klaim, dilanjutkan dengan tahapan verifikasi oleh BPJS Kesehatan yang meliputi verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, pelayanan kesehatan, dan pengecekan menggunakan software INA-CBG. Setelah proses ini, BPJS Kesehatan akan memberikan persetujuan klaim untuk dokumen yang memenuhi syarat dan melakukan pembayaran. Namun, dokumen yang tidak lengkap atau tidak sesuai persyaratan akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk diperbaiki, yang menyebabkan berkas klaim tersebut berstatus pending.

Seperti yang disebutkan sebelumnya dalam pelaksanaan pengajuan klaim masih banyak permasalahan yang timbul karena ada klaim yang dinyatakan layak namun ada juga klaim yang berstatus klaim pending, tidak layak ataupun dispute.

Pending klaim adalah kondisi di mana berkas klaim dikembalikan oleh BPJS Kesehatan karena tidak memenuhi persyaratan atau gagal dalam proses verifikasi. Dalam situasi ini, rumah sakit diwajibkan untuk melakukan koreksi dan revisi terhadap klaim yang pending. Sebaliknya, klaim tidak layak mengacu pada klaim yang tidak dapat diajukan kembali atau direvisi untuk perbaikan (Rahmaningsih, 2023).

Penelitian oleh (Muroli et al., 2020) menyimpulkan bahwa faktor penyebab pending klaim meliputi ketidaklengkapan resume medis, ketidaktepatan pengkodean, ketidaklengkapan dokumen klaim, belum lengkapnya regulasi pengelolaan BPJS, kurangnya pengetahuan petugas, serta keterbatasan sarana dan prasarana yang mendukung proses klaim.

Penelitian lain dengan tema yang sama yang dilakukan (Maulida & Djunawan, 2022), dengan judul Analisis Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Universitas Airlangga penyebab pending klaim adalah berkas tidak lengkap, tidak tepatnya coding dan kurangnya pemeriksaan penunjang.

Penelitian oleh (Mandia, 2023) mengidentifikasi bahwa penyebab utama pending klaim adalah ketidaklengkapan dokumen rekam medis, kesalahan dalam penulisan kode diagnosis penyakit dan tindakan, serta permintaan revisi terkait keakuratan diagnosis dan kodifikasi sesuai standar yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Berdasarkan penelusuran data yang dilakukan di Instalasi Asuransi RSUD Banten didapatkan gambaran sebagai berikut. Dari data tersebut menunjukkan bahwa terhitung dari bulan Juni 2023 hingga Desember 2023 masih ada berkas pasien rawat inap dari BPJS Kesehatan yang mengalami pending pada bulan Juni 2023 dengan 75 kasus pending sebesar Rp 823.035.800, pada bulan Juli 2023 dengan 67 kasus pending sebesar Rp 700.606.700, pada bulan Agustus 2023 dengan 48 kasus pending sebesar Rp 511.948.000, pada bulan September 2023 dengan 45 kasus pending sebesar Rp 381.175.600, pada bulan Oktober 2023 dengan 62 kasus pending sebesar Rp 806.211.000, pada bulan November 2023 dengan 49 kasus pending sebesar Rp 443.757.700, dan pada bulan Desember 2023 dengan 65 kasus pending sebesar Rp 733.792.300

Rumah Sakit Umum Daerah Banten (RSUD Banten) adalah rumah sakit Kelas B rujukan dan sebagai rumah sakit pendidikan yang letaknya berada di Kota Serang, Banten. RSUD Banten merupakan sebuah Unit Pelayan Teknis Daerah (UPTD) dimana kepemilikan rumah sakit dibawah langsung Dinas Kesehatan Provinsi Banten. Sebagai rumah sakit pemerintah RSUD Banten selain menerima pasien Umum, RSUD Banten juga menerima pasien SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu), pasien Jasa Raharja dan pasien BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan. Berdasarkan penelusuran data yang diperoleh dari Instalasi Rekam Medis sepanjang tahun 2023 jumlah pasien BPJS sebanyak 84.051 pasien, jumlah pasien SKTM sebanyak 37.259 pasien, pasien Umum sebanyak 18.657. Pasien Jasa Raharja sebanyak 859 pasien dan pasien Umum Covid sebanyak 1 pasien. Dari data tersebut dapat diperoleh informasi bahwa angka kunjungan terbesar pasien berasal dari BPJS kesehatan.

Penundaan pembayaran akibat pending klaim oleh BPJS Kesehatan berdampak langsung pada kelancaran arus kas (cash flow) atau pendapatan rumah sakit. Pembayaran dari BPJS Kesehatan hanya akan dilakukan setelah proses konfirmasi dan revisi klaim yang tertunda selesai, sehingga dapat menghambat operasional keuangan rumah sakit. Penundaan pembayaran dapat menghambat biaya operasional diantaranya pembelian obat-obatan, alat-alat kesehatan, sarana prasarana dan juga berpengaruh pada pembayaran jasa petugas medis dan pegawai rumah sakit lainnya, akibat penundaan pembayaran karena pending klaim, pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dapat terganggu. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan memperbaiki sistem penyebab pengembalian klaim rawat inap guna meningkatkan kelancaran pendapatan rumah sakit serta memastikan pelayanan yang optimal kepada seluruh pasien di RSUD Banten. Penelitian ini menggunakan pendekatan analisis 5M, yaitu menganalisis penyebab pending klaim berdasarkan lima aspek: Men (SDM), Money (keuangan), Materials (dokumen dan fasilitas), Methods (prosedur kerja), dan Machines (teknologi yang digunakan).

Selain pentingnya menganalisa penyebab terjadinya suatu permasalahan yang terjadi dalam hal ini adalah faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya klaim pending, perlu juga melihat aspek pengelolaan atau manajemen operasional yang selama ini diterapkan oleh pihak RSUD Banten. Manajemen dapat diartikan sebagai suatu proses yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengkoordinasian, dan pengendalian untuk mencapai tujuan organisasi dengan mengoptimalkan sumber daya yang tersedia (Novitasari, 2022). Sementara itu, manajemen operasi adalah cabang manajemen yang berfokus pada perancangan, pengendalian, dan pengawasan proses produksi atau layanan agar berjalan dengan lancar. Pada implementasi, manajemen operasi di rumah sakit melibatkan pengambilan keputusan terkait pemanfaatan sumber daya guna memberikan pelayanan kesehatan terbaik sesuai dengan visi, misi, dan sasaran rumah sakit (Setyawan & Supriyanto, 2020).

Setelah dianalisis dengan menggunakan metode 5M untuk mengetahui penyebab pending klaim yang terjadi di RSUD Banten, peneliti juga ingin mengetahui gambaran manajemen operasional RSUD Banten dalam pengelolaan berkas klaim, sehingga diharapkan kedepannya RSUD Banten dapat mengelola pendapatan dengan optimal. Penundaan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan memiliki dampak signifikan terhadap pendapatan rumah sakit. Mengingat pentingnya hal ini, peneliti tertarik untuk meninjau faktor-faktor yang menyebabkan penundaan klaim rawat inap di RSUD Banten. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan solusi perbaikan yang efektif, mengingat klaim rawat inap memiliki porsi yang jauh lebih besar dibandingkan jenis klaim lainnya.

Berdasarkan uraian diatas, maka judul penelitian yang akan dilakukan adalah “Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Dalam Rangka Mengoptimalkan Pendapatan Di RSUD Banten”.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah langkah-langkah yang diambil oleh peneliti untuk mengumpulkan data atau informasi yang akan dianalisis secara ilmiah (Sugiyono, 2019). Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif yang bertujuan untuk menggambarkan, meringkas, dan membagikan kondisi, situasi, atau variabel yang muncul dalam objek penelitian. Variabel penelitian utama adalah klaim BPJS Kesehatan yang mengalami pending. Untuk menganalisis penyebabnya, dilakukan identifikasi masalah dengan menggunakan unsur 5M (men, money, materials, machines, dan methods).

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif bertujuan untuk memberikan gambaran yang tepat mengenai keadaan atau gejala yang dihadapi. Menurut (Kuantitatif, 2016), penelitian kualitatif digunakan untuk meneliti objek dalam kondisi alamiah, di mana peneliti berperan sebagai instrumen utama. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan pendekatan triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan pada makna daripada generalisasi.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui berbagai cara, sumber, dan pengaturan. Data dapat diperoleh dari sumber primer dan sekunder. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi observasi (pengamatan), wawancara, kuesioner, dokumentasi, atau gabungan dari keempat metode tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia, sesuai dengan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS terdiri dari dua entitas: BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Pelaksanaan BPJS didasarkan pada sejumlah peraturan hukum, termasuk UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Kesehatan, UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan

Sosial, Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, dan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

BPJS Kesehatan memiliki peran penting dalam mewujudkan sistem jaminan sosial di bidang kesehatan di Indonesia. Secara fundamental, BPJS Kesehatan berfokus pada pembenahan sistem pembiayaan kesehatan yang sebelumnya didominasi oleh pembayaran langsung (out of pocket), dengan beralih menuju sistem pembiayaan berbasis asuransi kesehatan yang lebih tertata dan terstruktur.

Sistem kerjasama antara RSUD Banten dan BPJS Kesehatan mengadopsi metode pembayaran berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's). Dalam sistem ini, digunakan metode pembayaran prospektif, di mana besaran pembayaran untuk layanan kesehatan sudah ditentukan sebelum pelayanan diberikan.

Metode INA-CBG's yang digunakan sebagai dasar pengajuan klaim oleh pihak rumah sakit dan pihak pembayar (BPJS Kesehatan) memberikan keuntungan bagi kedua belah pihak. Dengan sistem ini, rincian tagihan tidak perlu disusun berdasarkan setiap pelayanan yang diberikan, melainkan berdasarkan penyampaian diagnosis pasien menggunakan kode Disease Related Group (DRG). Hal ini menyederhanakan proses klaim dan administrasi, serta meningkatkan efisiensi bagi rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

Dalam pelaksanaannya di lapangan seringkali kelengkapan berkas yang diajukan pihak RSUD Banten ke pihak BPJS tidak lengkap atau tidak sesuai sehingga klaim yang diajukan ditolak dan mengalami penundaan klaim pembayaran (pending claim). Pending klaim ini akan berdampak secara langsung terhadap pendapatan rumah sakit.

Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya klaim BPJS mengalami penundaan atau pending diantaranya berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Muroli et al., 2020) dengan judul penelitian "Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019" dengan hasil penelitian menyebutkan bahwa penyebab terjadinya pending klaim yaitu kurangnya pengetahuan petugas, regulasi pengelolaan klaim BPJS rawat inap belum lengkap, perlunya sosialisasi berkala ke DPJP tentang resume medis secara lengkap, ketidaklengkapan resume medis, ketidaklengkapan berkas klaim ketidaktepatan pengkodean, kurangnya sarana dan prasarana IT, perlunya tindak lanjut monitoring dan evaluasi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Salma dkk (2020) dengan judul penelitian "Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo", menyebutkan bahwa penyebab pending klaim adalah perlu penambahan SDM (Coder), ruang petugas coding terbatas, kurangnya sarana IT, sosialisasi pembaharuan aturan coding, regulasi terkait koding di BPJS sering kali berubah-ubah, perlunya job description petugas coding.

Seperti yang telah disebutkan di awal, penundaan pembayaran klaim akan berdampak besar bagi pendapatan suatu rumah sakit, karena pendapatan terbesar rumah sakit berasal dari pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien. Apalagi tahun 2024 dana APBD yang dikucurkan akan dikurangi, sehingga pihak manajemen RSUD Banten harus segera mengatur pendapatan keuangannya agar dapat berjalan dengan baik.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Pemantauan Pelayanan RSUD Banten, mengatakan:

"... Pengelolaan keuangan tahun 2013-2014 awalnya bersumber dari APBD. Sekitar tahun 2016 RSUD Banten mulai menerapkan BLUD secara penuh. Namun karena anggaran Pemerintah Provinsi Banten ini ada sehingga sampai tahun kemarin (2023) masih diperbolehkan untuk membantu operasional RSUD Banten. Sumber keuangan RSUD Banten dari 2016 hingga 2023 lebih besar APBD-nya dibandingkan dengan BLUD, contoh tahun kemarin (2023), total anggaran kebutuhan rumah sakit sekitar 330 milyar bersumber dari APBD sekitar 200 milyar dan sisanya dibawah 150 milyar bersumber dari BLUD....".

8Tahun 2024 ini rumah sakit hanya mendapat bantuan anggaran sekitar Rp. 100.000.000.000 (seratus milyar rupiah) dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi Banten, sehingga sisa anggaran kebutuhan operasional dari RSUD Banten harus mencari solusi terhadap sumber keuangannya sendiri dengan meningkatkan pendapatannya dari operasional pelayanan rumah sakit. Adapun sumber pendapatan RSUD Banten berasal dari layanan rawat jalan, rawat inap, instalasi gawat darurat (IGD), instalasi bedah sentral, radiologi, laboratorium dan farmasi. Berdasarkan laporan keuangan rumah sakit secara berkala pendapatan yang utama dan terbesar berasal dari layanan rawat inap yang menyumbangkan pendapatan terbesar bagi rumah sakit.

Menurut penelitian (Tiyas, 2019), rumah sakit perlu mengelola piutang dengan baik dalam tahap perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian, serta menciptakan kebijakan kredit yang tepat. Dengan sistem yang baik, terorganisir, dan sesuai, pengelolaan pendapatan rumah sakit akan lebih stabil dan berdampak positif pada kualitas pelayanan yang diberikan. Selain itu, Nurjannah (2012) dalam Tiyas dan Moeljadi juga menyatakan bahwa dalam mengelola manajemen keuangan, terutama terkait dengan piutang, perencanaan dan analisis yang seksama sangat penting. Dengan demikian, kebijakan manajemen piutang dapat berjalan dengan efektif dan efisien.

Layanan Pasien di RSUD Banten

Layanan pasien di RSUD Banten mencakup berbagai aspek untuk memastikan perawatan kesehatan yang komprehensif dan holistik. Berikut adalah beberapa layanan yang tersedia di rumah sakit:

- Layanan Rawat Inap
- Layanan Rawat Jalan
- Unit Gawat Darurat (UGD)
- Layanan Bedah
- Layanan Laboratorium dan Radiologi
- Layanan Klinik Spesialistik dan Subspesialistik
- Layanan Rehabilitasi
- Layanan Psikologi dan Psikiatri
- Layanan Apotek
- Layanan Penunjang Medis Lainnya

Layanan-layanan ini dirancang untuk memberikan perawatan yang terintegrasi dan berpusat pada pasien, memastikan bahwa semua aspek kesehatan pasien dikelola dengan baik.

4. Layanan Administrasi Pasien

Layanan administrasi di rumah sakit sangat penting untuk memastikan bahwa semua operasi berjalan dengan lancar dan efisien. Layanan ini mencakup berbagai aspek mulai dari pendaftaran pasien hingga pengelolaan data dan informasi medis. Berikut adalah beberapa layanan administrasi utama yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Banten:

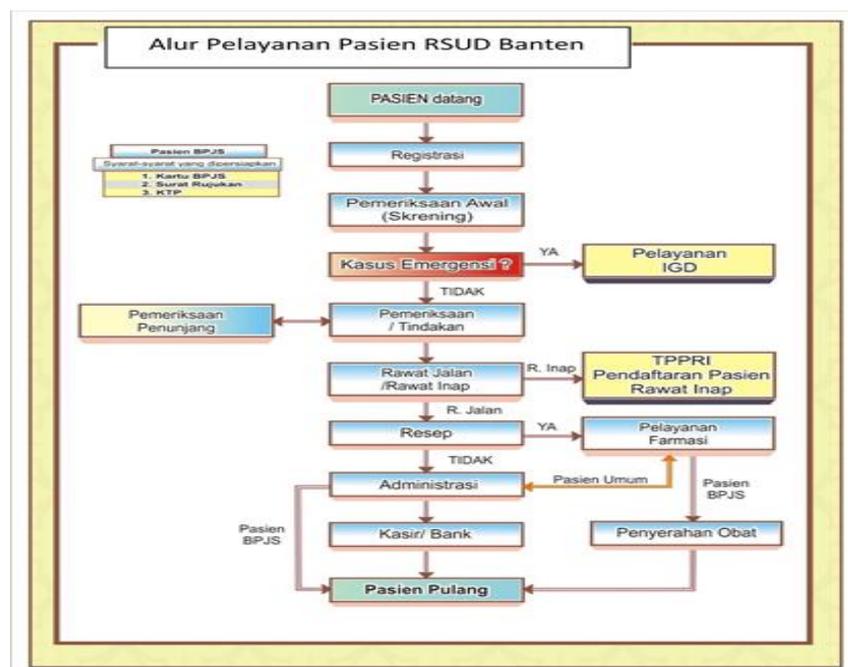
- Pendaftaran dan Penerimaan Pasien
- Pengelolaan Rekam Medis
- Layanan Keuangan dan Penagihan
- Informasi dan Konsultasi
- Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)
- Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)
- Manajemen Fasilitas dan Pemeliharaan
- Layanan Kepatuhan dan Hukum
- Manajemen Persediaan dan Logistik
- Layanan Pengaduan dan Feedback Pasien

Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan layanan administrasi yang efisien dan efektif membantu memastikan bahwa rumah sakit dapat memberikan perawatan yang optimal kepada pasien dan beroperasi dengan baik sesuai dengan standar dan regulasi yang berlaku.

5. Alur Pelayanan Pasien

Pada penelitian ini, peneliti membagi 2 (dua) kelompok besar alur layanan yang di berikan oleh RSUD Banten kepada pengguna layanan yaitu: Alur Pelayanan Pasien dan Alur Pelayanan Administrasi Pasien.

- Alur Pelayanan pasien



Gambar 1. Alur Pelayanan pasien di RSUD Banten

- 1) Pengguna layanan (pasien) yang datang ke rumah sakit baik yang menerima layanan di gawat darurat maupun di poliklinik rawat jalan mendaftarkan diri terlebih dahulu di loket pendaftaran dengan menyertakan dokumen pendukung.

Adapun dokumen yang disertakan dalam pendaftaran pasien lama dan baru sebagai berikut:

Tabel 1. Daftar Dokumen Persyaratan Layanan Rawat Jalan (Poliklinik) RSUD Banten

No	Nama Dokumen	Pasien Lama		Pasien Baru	
		Umum	Jaminan	Umum	Jaminan
1	Kartu Pasien	√	√		
2	Kartu Identitas Pasien	√	√	√	√
3	Kartu Keluarga	√	√	√	√
4	Surat Rujukan		√		√

Tabel 2. Daftar Dokumen Persyaratan Layanan Gawat Darurat (IGD) RSUD Banten

No	Nama Dokumen	Pasien Lama		Pasien Baru	
		Umum	Jaminan	Umum	Jaminan
1	Kartu Pasien	√	√		
2	Kartu Identitas Pasien	√	√	√	√
3	Kartu Keluarga	√	√	√	√
4	Surat Rujukan		√		√

- 2) Pasien yang telah terdaftar pada SIMRS akan dilakukan pemeriksaan awal (screening) oleh dokter umum/dokter spesialis/Subspesialis (DPJP) baik di IGD maupun poliklinik, hasil pemeriksaan oleh DPJP tidak hanya melihat secara fisik pasien, juga mempertimbangkan hasil pemeriksaan penunjang seperti hasil laboratorium dan radiologi. Dari hasil pemeriksaan awal ini akan menginformasikan apakah perlu dipertimbangkan indikasi perawatan lanjutan kepada pasien tersebut atau tidak perlu.
- 3) Apabila terdapat indikasi untuk dilakukan perawatan lebih lanjut, maka pasien tersebut disarankan untuk menerima perawatan rawat inap. Bila tidak ditemukan adanya indikasi untuk dilakukan perawatan lanjutan pasien di pulangkan oleh dokter penanggung jawab pasien
- 4) Pasien yang disarankan untuk menerima layanan lanjutan (rawat inap) diarahkan melakukan pendaftaran di loket rawat inap dengan menyertai dokumen yang dibutuhkan.

Tabel 3. Daftar Dokumen Persyaratan Layanan Rawat Inap RSUD Banten

No	Nama Dokumen	Pasien Lama		Pasien Baru	
		Umum	Jaminan	Umum	Jaminan
1	Kartu Pasien	√	√		
2	Kartu Identitas Pasien	√	√	√	√
3	Kartu Keluarga	√	√	√	√
4	Surat Permintaan Rawat Inap		√		√

- 5) Pasien yang tidak ditemukan adanya indikasi rawat inap, akan diberikan resep obat untuk lanjutan perawatan di rumah (rawat jalan)
- 6) Pasien yang telah memiliki resep obat untuk rawat jalan mengambil obat di instalasi farmasi dengan melampirkan dokumen yang dibutuhkan.
- 7) Farmasi menyerahkan obat sesuai dengan resep yang diberikan kepada pasien
- 8) Pasien yang tidak memiliki resep obat dapat segera menyelesaikan proses administrasi pembayaran di loket kasir yang telah disediakan
- 9) Pasien dipersilahkan pulang

Tabel 4. Jenis-jenis Asuransi di RSUD Banten

Jenis Piutang	Karakteristik	Keterangan
Umum	Tidak memiliki jaminan/asuransi Kesehatan	Menggunakan retribusi umum
JASA RAHARJA	Asuransi kecelakaan penumpang alat angkutan umum dan asuransi tanggung jawab menurut hukum terhadap pihak ke 3	Berlaku nasional
SKTM	Jaminan Kesehatan untuk orang-orang tidak mampu	Hanya bisa mendapat pelayanan di rumah sakit kabupaten/kota/propinsi tidak bisa ke luar provinsi
BPJS	Jaminan Kesehatan untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta Anggota Keluarganya	Berlaku nasional
BPJS Ketenagakerjaan	Jaminan Tenaga Kerja dan perlindungan sosial	Berlaku nasional

Sumber: Data diolah

Dari penjelasan yang diberikan, dapat disimpulkan bahwa di RSUD Banten, piutang pasien rawat inap terbagi menjadi beberapa kategori, termasuk pasien umum, Jasa Raharja, SKTM, dan BPJS Kesehatan serta BPJS Ketenagakerjaan. Pasien umum adalah mereka yang tidak memiliki jaminan kesehatan, sehingga biaya pengobatan mereka harus dibayar langsung. Namun, seringkali terjadi piutang pada pasien umum ini karena ketidakmampuan mereka untuk membayar secara penuh biaya perawatan. Biasanya, pasien umum akan melakukan pembayaran angsuran, yang dalam banyak kasus, bisa berlanjut hingga mereka menyelesaikan masa perawatan.

Namun, meskipun piutang pada pasien umum sering terjadi, hasil wawancara menunjukkan bahwa jumlah piutang pasien umum sebenarnya lebih sedikit dibandingkan dengan kategori pasien lainnya, khususnya pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan. Hal ini mengindikasikan bahwa jumlah pasien BPJS Kesehatan lebih banyak dibandingkan dengan pasien umum, dan piutang pada kelompok BPJS Kesehatan atau kelompok lainnya mungkin lebih signifikan. Pemahaman ini penting untuk menganalisis lebih lanjut faktor-faktor yang memengaruhi piutang, serta untuk merancang solusi yang lebih tepat guna memperbaiki aliran kas rumah sakit dan memastikan kelancaran pembayaran klaim.

Asuransi Jasa Raharja adalah lembaga asuransi sosial yang dimiliki oleh negara (BUMN) yang bertanggung jawab dalam mengelola asuransi kecelakaan lalu lintas untuk penumpang, baik yang menggunakan angkutan umum, kendaraan pribadi, maupun bagi pejalan kaki. PT Jasa Raharja (Persero) memberikan perlindungan dasar kepada masyarakat melalui dua program asuransi sosial, yaitu Asuransi Kecelakaan Penumpang Alat Angkutan Umum yang berdasarkan UU No. 33 Tahun 1964 tentang Dana Pertanggungjawaban Wajib Kecelakaan Penumpang, dan Asuransi Tanggung Jawab Hukum Terhadap Pihak Ketiga yang dilaksanakan berdasarkan UU No. 34 Tahun 1964 tentang Dana Pertanggungjawaban Wajib Kecelakaan Lalu Lintas Jalan. Berdasarkan wawancara dengan petugas asuransi yang menangani asuransi Jasa Raharja petugas mengatakan pasien Jasa Raharja proses klaimnya mudah dan dibayarkan tiga sampai empat hari kemudian.

Selanjutnya yaitu piutang pasien dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) adalah semacam jaminan kesehatan bagi orang-orang tidak mampu. SKTM ini hanya berlaku untuk wilayah dimana pasien tersebut tinggal. Piutang pasien SKTM pada RSUD Banten memiliki prosentase yang cukup tinggi. Berdasarkan hasil dari wawancara dengan petugas asuransi yang menangani SKTM, petugas mengatakan proses klaimnya relatif mudah asalkan berkas persyaratannya lengkap.

Piutang pasien BPJS berkaitan dengan kepesertaan yang merupakan identitas atau bukti sah sebagai peserta, yang harus dimiliki oleh setiap Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya, serta masyarakat umum yang mendaftar secara mandiri melalui BPJS dengan cakupan nasional. Setiap peserta dan keluarga memiliki satu kartu BPJS yang harus ditunjukkan setiap kali berobat. Piutang pada kelompok pasien BPJS terjadi saat pasien pulang dan biaya pengobatan belum dibayarkan langsung oleh pihak BPJS. Namun, BPJS akan segera membayarkan tanggungannya pada bulan

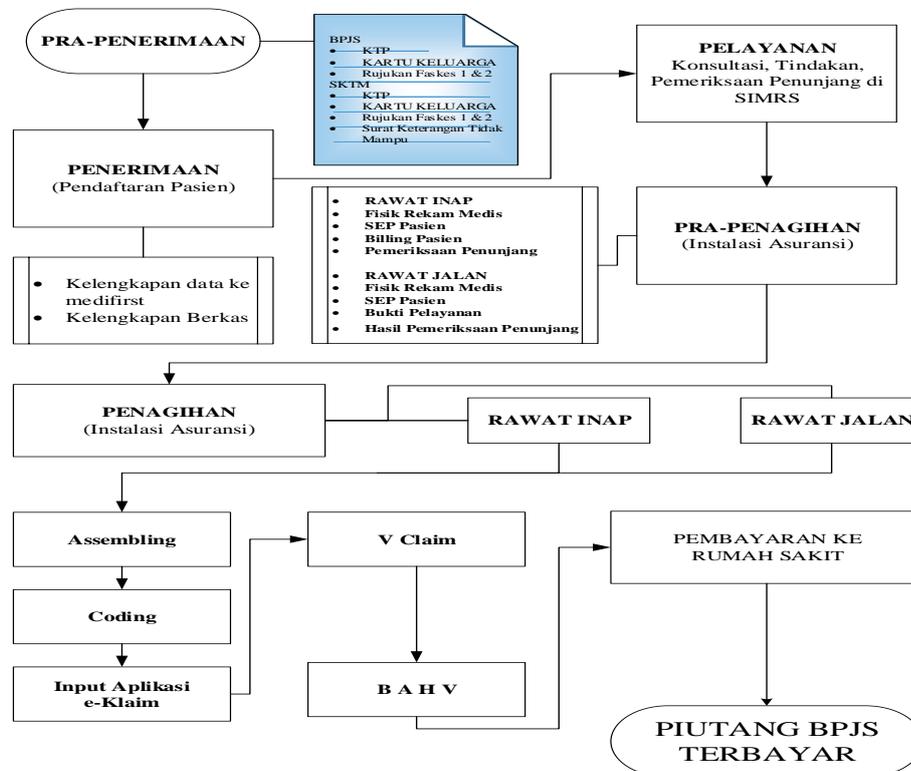
berikutnya. Sehingga pada akhir tahun, BPJS tidak memiliki piutang yang harus dibayarkan kepada rumah sakit.

Berikut ini adalah tabel Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim BPJS di RSUD Banten periode bulan Juni hingga Desember 2023.

Tabel 5. Berita Acara Hasil Verifikasi Periode Juni- Desember 2023

		Juni 2023					
No	Status Verifikasi	Rawat Jalan		Rawat Inap		Jumlah	
		Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)
1	Layak	3.703	930.514.100	731	5.745.521.500	4.434	6.676.035.600
2	Tidak Layak	48	7.218.100	0	0	48	7.218.100
3	Pending	3	8.136.400	75	823.035.800	78	831.218.200
4	Dispute	0	0	0	0	0	0
		Juli 2023					
No	Status Verifikasi	Rawat Jalan		Rawat Inap		Jumlah	
		Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)
1	Layak	4.555	1.027.932.400	823	5.535.414.800	5.378	6.563.347.200
2	Tidak Layak	45	6.866.000	0	0	45	6.866.000
3	Pending	12	30.935.500	67	700.606.700	79	731.542.200
4	Dispute	0	0	0	0	0	0
		Agustus 2023					
No	Status Verifikasi	Rawat Jalan		Rawat Inap		Jumlah	
		Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)
1	Layak	5.372	1.204.639.100	998	6.908.641.200	6.370	8.113.280.300
2	Tidak Layak	41	7.407.200	0	0	41	7.407.200
3	Pending	14	59.072.400	48	511.948.000	62	517.020.400
4	Dispute	0	0	0	0	0	0
		September 2023					
No	Status Verifikasi	Rawat Jalan		Rawat Inap		Jumlah	
		Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)
1	Layak	5503	1.322.303.000	1139	7.415.892.000	6642	8.738.195.000
2	Tidak Layak	16	2.702.300	0	0	16	2.702.300
3	Pending	10	71.020.500	45	381.175.600	55	425.196.100
4	Dispute	0	0	0	0	0	0
		Oktober 2023					
No	Status Verifikasi	Rawat Jalan		Rawat Inap		Jumlah	
		Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)
1	Layak	5693	1.551.727.500	1151	7.524.390.600	6844	9.076.118.100
2	Tidak Layak	51	2.329.400	0	0	15	2.329.400
3	Pending	4	16.337.700	62	806.211.000	66	822.548.700
4	Dispute	0	0	0	0	0	0
		November 2023					
No	Status Verifikasi	Rawat Jalan		Rawat Inap		Jumlah	
		Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)
1	Layak	5955	1.739.517.700	1.006	7.307.239.400	6961	9.046.757.100
2	Tidak Layak	14	3.549.900	0	0	14	3.549.900
3	Pending	3	2.964.900	49	443.757.700	52	446.722.600
4	Dispute	0	0	0	0	0	0
		Desember 2023					
No	Status Verifikasi	Rawat Jalan		Rawat Inap		Jumlah	
		Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)	Kasus	Biaya (Rp)
1	Layak	5901	1.891.538.800	1116	7.091.995.100	7017	8.938.533.800
2	Tidak Layak	14	2.977.800	0	0	14	2.977.800
3	Pending	16	36.963.300	65	733.792.300	81	770.755.600
4	Dispute	0	0	0	0	0	0

Dari data di atas menunjukkan bahwa terhitung dari bulan Juni 2023 hingga Desember 2023 masih ada penundaan pembayaran pasien rawat inap dari BPJS Kesehatan pada bulan Juni 2023 dengan 75 kasus pending sebesar Rp 823.035.800, pada bulan Juli 2023 dengan 67 kasus pending sebesar Rp 700.606.700, pada bulan Agustus 2023 dengan 48 kasus pending sebesar Rp 511.948.000, pada bulan September 2023 dengan 45 kasus pending sebesar Rp 381.175.600, pada bulan Oktober 2023 dengan 62 kasus pending sebesar Rp 806.211.000, pada bulan November 2023 dengan 49 kasus pending sebesar Rp 443.757.700, dan pada bulan Desember 2023 dengan 65 kasus pending sebesar Rp 733.792.300



Gambar 3. Diagram Alur Pengajuan Klaim RSUD Banten

1. Tahap pra-penerimaan

Pada proses penerimaan, RSUD Banten telah mengikuti petunjuk pelaksanaan (juklak) dan petunjuk teknis (juknis) yang dikeluarkan oleh BPJS dan Dinas Kesehatan Provinsi Banten. Hal ini tertuang dalam Standar Prosedur Operasional tentang Penerimaan Pasien. Adapun terkait persyaratan administratif yang diperlukan dari masing-masing kepesertaan memiliki persyaratan tertentu saat mendaftar. Hal ini, dibutuhkan untuk membantu pihak rumah sakit dalam proses pengklaiman.

Masyarakat penerima layanan (pasien) diharuskan melengkapi semua persyaratan administratif berupa kelengkapan berkas yang diperlukan. Adapun pembagian jenis penerima layanan di RSUD Banten yaitu Pasien Umum, SKTM, Jasa Raharja, BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Berikut ini dijelaskan jenis persyaratan administrasi yang harus dilengkapi oleh pengguna layanan di RSUD Banten:

Bagi pasien Umum, persyaratan yang harus dilengkapi meliputi:

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)
- Fotokopi Kartu Keluarga.

Untuk kelompok pasien Jasa Raharja, persyaratan yang harus dilengkapi meliputi:

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)
- Fotokopi Kartu Keluarga
- Berkas Jasa Raharja dan laporan kecelakaan dari kepolisian
- Formulir pendaftaran pasien Jasa Raharja (dari rumah sakit)

Untuk kelompok pasien SKTM persyaratan yang harus dilengkapi meliputi:

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)
- Fotokopi Kartu Keluarga
- Fotokopi SKTM
- Rujukan dari faskes pertama (puskesmas)

- e) Menunjukkan surat rujukan dari instansi pemerintah/Dinas Kesehatan kota/kabupaten
- f) Surat Keterangan Miskin dari Rumah Sakit bermaterai

Sedangkan untuk pasien BPJS, persyaratan yang harus dilengkapi meliputi:

- a) Fotokopi Kartu Tanda Penduduk
- b) Fotokopi Kartu Keluarga
- c) Fotokopi BPJS
- d) Surat Rujukan dari Faskes Pertama

Persyaratan-persyaratan tersebut sangat penting untuk memastikan kelengkapan berkas dalam pengajuan klaim. Klaim kesehatan adalah permohonan yang diajukan oleh fasilitas kesehatan kepada perusahaan asuransi untuk menagih pembayaran atas layanan yang telah diberikan kepada anggota pengguna asuransi. Proses pengajuan klaim ini dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya melalui administrasi klaim, dengan tujuan agar klaim dapat dibayar secara sah dan cepat sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Amran, 2023).

2. Tahap penerimaan

Tahap ini dapat merupakan tahap kedua bagi pasien yang telah melalui tahap pra-penerimaan. Pada tahap ini pihak rumah sakit dalam hal ini bagian pendaftaran menginput data yang diperlukan ke medifirst serta memberikan penjelasan mengenai peraturan/ tata tertib yang berlaku untuk rawat jalan dan rawat inap.

3. Tahap pelayanan (poli rawat jalan/IGD).

Tahap pelayanan merupakan tahap pemberian pelayanan kesehatan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) atau dokter spesialis atau sub spesialis. Dokter menginput data-data yang diperlukan ke dalam medifirst untuk kelengkapan rekam medis elektronik berupa anamnesa pasien, hasil pemeriksaan, diagnosa, obat-obatan, tindakan dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan. Bagian administratif atau perawat juga turut menginput kelengkapan data-data dan hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap pasien.

4. Tahap Pra Penagihan

Pada tahap penagihan merupakan hal yang penting yang harus diperhatikan dengan baik. Pada tahap ini petugas asuransi melengkapi kelengkapan berkas untuk proses pengklaiman secara detail. Kelengkapan berkas rawat jalan meliputi fisik rekam medis, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), lembar bukti pelayanan, billing dan hasil pemeriksaan penunjang seperti hasil ronsen dan hasil pemeriksaan laboratorium. Sedangkan kelengkapan berkas rawat inap hampir sama dengan kelengkapan rawat jalan meliputi fisik rekam medis, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), billing, hasil pemeriksaan penunjang. Pada rawat inap tidak ada lembar bukti pelayanan.

Rekam medis mencatat data diagnosis dan tindakan medis yang dilakukan pada pasien. Salah satu tujuan utama rekam medis adalah untuk mendukung pembiayaan rumah sakit, termasuk dalam hal klaim asuransi. Untuk rumah sakit yang bekerja sama dengan asuransi pemerintah seperti BPJS, biaya pengobatan pasien sudah ditentukan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Oleh karena itu, rumah sakit tidak memiliki kewenangan untuk menentukan biaya pengobatan pasien secara mandiri, melainkan harus mengikuti ketentuan yang telah ditetapkan dalam sistem pembiayaan asuransi tersebut. (<https://rsudmangusada.badungkab.go.id/promosi/read/43/klaim-jkn-dengan-kelengkapan-rekammedis>).

Menurut (Amran, 2023) rekam medis memiliki berbagai manfaat, salah satunya adalah sebagai pedoman dan bahan dalam menentukan biaya pelayanan kesehatan yang dibebankan kepada pasien, keluarga pasien, dan lembaga asuransi kesehatan seperti BPJS. Dengan rekam medis yang lengkap dan akurat, rumah sakit dapat memverifikasi tindakan medis yang telah diberikan kepada pasien dan menghitung biaya yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik untuk pembayaran langsung oleh pasien, keluarga pasien, maupun klaim yang diajukan ke lembaga asuransi seperti BPJS Kesehatan. (<https://jurnal.unbrah.ac.id/index.php/heme/issue/view/49>)

Semua kelengkapan berkas dan dokumen tersebut discan dan diinput kedalam sistem

5. Tahap penagihan

Pada tahap penagihan petugas di Instalasi Asuransi mulai menyusun kembali kelengkapan berkas atau dokumen yang diperlukan dari awal pendaftaran sampai pasien selesai perawatan di rumah sakit untuk pengklaiman atau penagihan. Pada pasien rawat inap dimulai dari tahapan assembling. Assembling rekam medis adalah proses mengumpulkan, mengurutkan, dan menyusun berkas yang berisi informasi penting mengenai pasien, termasuk identitas, diagnosis, pengobatan, anamnesis, pemeriksaan, tindakan, pengobatan, serta pelayanan lainnya yang diberikan kepada pasien. Proses ini dilakukan di unit rekam medis dan mencakup pengurutan dokumen rekam medis, mulai dari kasus gawat darurat, rawat jalan, hingga rawat inap, sesuai dengan kronologi pasien. Selain itu, assembling rekam medis juga mencakup pemeriksaan kelengkapan data yang terkait dengan penyakit pasien dan memastikan akurasi pencatatan informasi medis yang ada. Tujuan dari proses ini adalah untuk memastikan bahwa semua dokumen rekam medis yang dibutuhkan tersedia, akurat, dan sesuai dengan standar yang berlaku untuk keperluan administratif dan klaim asuransi kesehatan.

(https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2438/tugas-pokok-dan-fungsi-assembling-dalam-pelayanan-rekam-medis).

Pada tahap assembling petugas asuransi dan petugas rekam medis bersama-sama melengkapi kelengkapan data-data yang dibutuhkan. Proses assembling dalam rekam medis sangat penting untuk memastikan kelengkapan dan akurasi data sebelum disimpan. Tahapan ini bertujuan untuk meneliti dan menyusun dokumen rekam medis, memastikan bahwa semua informasi penting, seperti data sosial pasien, hasil pemeriksaan fisik, serta pengobatan dan pelayanan yang diterima pasien, tercatat dengan benar.

Setelah proses assembling selesai, langkah berikutnya adalah tahap coding dan verifikasi. Coding adalah kegiatan pengolahan data rekam medis yang melibatkan pemberian kode pada diagnosis, tindakan, dan kegiatan medis lainnya yang tercatat dalam rekam medis. Kode ini bisa berupa angka, huruf, atau kombinasi keduanya yang merepresentasikan informasi medis secara standar. Pemberian kode ini mempermudah pengindeksan dan pencarian data, serta mendukung fungsi-fungsi penting seperti perencanaan, manajemen, dan riset di bidang kesehatan, sehingga informasi medis dapat digunakan secara efisien dalam pengambilan keputusan dan pengelolaan pelayanan kesehatan.

Pemberian kode ini merupakan kegiatan klasifikasi penyakit dan tindakan yang mengelompokkan penyakit dan tindakan berdasarkan kriteria tertentu yang telah disepakati. Pemberian kode atas diagnosis klasifikasi penyakit yang berlaku dengan menggunakan ICD-10 untuk mengkode penyakit, sedangkan ICOPIM dan ICD-9-CM digunakan untuk mengkode tindakan, serta komputer (online) untuk mengkode penyakit dan tindakan. (https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/147/manfaat-coding-dalam-pendataan-pasien).

Setelah tahap coding selesai, proses selanjutnya adalah tahap verifikasi. Proses verifikasi berkas klaim BPJS bertujuan untuk memastikan kebenaran informasi, laporan, dan perhitungan yang telah diajukan, baik dari rumah sakit maupun pasien. Verifikasi ini bertujuan untuk membuktikan bahwa semua data dan dokumen yang diinput ke dalam sistem adalah akurat dan sesuai dengan prosedur yang berlaku.

Selanjutnya, data yang sudah terverifikasi dimasukkan ke dalam aplikasi e-Klaim. Dengan berkembangnya teknologi informasi kesehatan, sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan rujukan kini menggunakan metode *Indonesian Case-Based Groups* (INA-CBG's). Aplikasi INA-CBG's berfungsi untuk melakukan pengelompokan tarif berdasarkan data yang diambil dari Kementerian Kesehatan. Pada bulan Desember 2017, aplikasi ini diperbarui menjadi versi e-Klaim v5.2 untuk meningkatkan fungsionalitasnya. Proses verifikasi klaim sebelumnya dilakukan oleh BPJS dengan mengunjungi rumah sakit yang bermitra langsung. Namun, sejak November 2017, verifikasi klaim ini telah bertransformasi menjadi digital melalui aplikasi "V-Klaim" (Virtual Claim). V-Klaim adalah aplikasi berbasis web yang memungkinkan pihak rumah sakit untuk menginput data pasien aktif secara langsung. Kedua sistem—e-Klaim dan V-Klaim—memiliki fungsi yang berbeda, tetapi saling terkait, di mana e-Klaim digunakan oleh Kementerian Kesehatan untuk pengolahan dan pengelompokan data, sedangkan V-Klaim digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk memverifikasi klaim pelayanan kesehatan.

Awalnya BPJS menggunakan aplikasi Verifikasi Digital Klaim (Vedika) yaitu generasi yang dibuat sebelum V-Claim muncul. Kemudian BPJS Kesehatan membuat inovasi baru yakni BPJS V-Claim. BPJS V-Claim dibentuk untuk mempermudah proses mengklaim tagihan pelayanan dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan. Ini dilakukan agar rumah sakit, yang bermitra dengan BPJS, memperoleh kepastian waktu pembayaran klaim dengan cepat dan akurat dibanding dengan cara manual. Perbedaan mendasar antara V-Claim dan Vedika adalah sebagai berikut, V-Claim merupakan aplikasi yang digunakan oleh pihak rumah sakit dalam melakukan pembuatan SEP dan pengajuan klaim dari rumah sakit. Sedangkan, Vedika adalah proses verifikasi klaim yang diajukan oleh FKRTL dengan menggunakan verifikasi digital yang dilakukan di Kantor BPJS Kesehatan Cabang/Kabupaten/Kota.

Apabila semua tahapan tersebut sesuai dengan prosedur, maka pihak BPJS akan menerbitkan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). BAHV merupakan hasil akhir verifikasi oleh BPJS untuk pembayaran terhadap pelayanan kesehatan yang telah dilakukan.

Pembahasan

Seringkali ditemukan berbagai kendala dalam pengajuan klaim piutang ke BPJS. Kendala-kendala tersebut dalam pelaksanaan klaim pasien rawat inap BPJS dapat dilihat dari berbagai unsur manajemen, yaitu men, money, materials, machines, dan methods. Unsur-unsur manajemen ini merupakan prinsip dasar yang mendukung dalam perencanaan, pengorganisasian, pengawasan, dan pengendalian berbagai aktivitas dalam suatu organisasi, termasuk rumah sakit. Memahami unsur-unsur manajemen berarti memiliki dasar yang kuat dalam penetapan tujuan bisnis, identifikasi sumber daya yang dibutuhkan, serta perumusan strategi dan rencana tindakan untuk mencapai tujuan tersebut.

Menurut ahli manajemen organisasi, sebuah komunitas dapat dikatakan memenuhi syarat sebagai lembaga yang terlembagakan jika memenuhi tiga unsur dasar, yaitu men, money, dan materials. Harrington Emerson dalam Phiffner John F. dan Presthus Robert V (1960) menjelaskan bahwa manajemen terdiri dari lima unsur (5M), yaitu: (1) Men, (2) Money, (3) Materials, (4) Machines, dan (5) Methods (Arifin et al., 2017).

Men merujuk pada sumber daya manusia (SDM) yang ada dalam organisasi. Money terkait dengan pendanaan yang penting untuk mencapai tujuan, karena segala kegiatan harus diperhitungkan secara rasional. Materials adalah bahan atau sumber daya yang digunakan untuk mencapai tujuan organisasi. Machines mencakup teknologi dan infrastruktur yang digunakan untuk meningkatkan efisiensi kerja serta menghasilkan keuntungan yang lebih besar. Sedangkan methods*adalah cara yang ditetapkan untuk melaksanakan tugas, dengan mempertimbangkan sasaran, fasilitas yang tersedia, serta pengelolaan waktu, uang, dan kegiatan operasional (Setyawan & Supriyanto, 2020).

Berikut penjelasan unsur-unsur manajemen yang berkaitan dengan hasil penelitian dalam pengelolaan piutang, khususnya piutang pasien rawat inap BPJS Kesehatan:

Men

Manusia merupakan aset yang paling bernilai dalam sebuah organisasi, karena merekalah yang melaksanakan tugas-tugas, membuat keputusan, dan berperan dalam pencapaian tujuan organisasi (Rizeki, 2023). Manajemen sumber daya manusia mencakup berbagai aspek, seperti pengelolaan SDM, proses rekrutmen, pelatihan, pemberian motivasi, pengembangan karir, dan manajemen kinerja.

Men merujuk pada sumber daya manusia (SDM) yang terlibat baik langsung ataupun tidak langsung dalam pencapaian tujuan organisasi. Dalam pengajuan klaim piutang pasien BPJS Kesehatan sumber daya manusia yang terlibat sangatlah kompleks dan berkaitan satu dengan yang lain. Berawal dari petugas di loket pendaftaran yang meliputi petugas verifikasi kelengkapan berkas BPJS Kesehatan dan petugas pendaftaran yang menginput kelengkapan data yang dibutuhkan ke Sistem Informasi Manajemen (SIM RS). Selain itu SDM yang bertugas di Instalasi Asuransi, dokter atau DPJP (dokter penanggung jawab perawatan), perawat rawat inap, petugas di Instalasi SIM RS, manajer rumah sakit yakni direktur rumah sakit beserta jajarannya ikut berperan baik langsung ataupun tidak langsung dalam pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan.

1. Petugas Verifikasi Berkas dan Loket Pendaftaran

RSUD Banten mempunyai tiga gedung utama yang digunakan untuk poli rawat jalan dan ruang rawat inap bagi pasien yakni Gedung Cendrawasih, Gedung Rajawali dan Gedung Garuda (8 lantai). Petugas pendaftaran di Gedung Garuda sebanyak tiga orang dan petugas di Gedung Rajawali sebanyak empat orang. Dalam mendaftarkan pasien diberi kode-kode yang berbeda tergantung dari pasien tersebut. Misal di Gedung Garuda terdapat kode A untuk pasien online, pasien umum, dan pasien disable. Kode B untuk pasien offline. Kode C untuk pasien lansia atau geriatri. Sedangkan di Gedung Rajawali (4 lantai) terdapat kode D untuk pasien online, pasien umum, pasien disable dan pasien geriatri. Dan Kode E untuk pasien Offline baik pasien SKTM dan pasien BPJS.

Hasil observasi ditemukan bahwa karena SDM di bagian pendaftaran kurang, maka kelengkapan persyaratan pemberkasan pendaftaran pasien dibantu oleh sekuriti. Sekuriti juga memilah status pasien apakah pasien tersebut pasien online, offline, SKTM atau BPJS sekaligus memberikan nomor antrian.

Hasil observasi menunjukkan bahwa setiap hari, semua petugas pendaftaran rawat jalan bertugas memanggil pasien, membuatkan berkas pendaftaran, dan memasukkan data pasien ke dalam SIMRS. Apabila terjadi kesalahan dalam perujukan pasien, petugas pendaftaran juga bertanggung jawab mengantar pasien ke bagian asuransi. Hal ini juga diakui oleh petugas pendaftaran, yang menyatakan bahwa belum ada pembagian tugas yang jelas, sehingga setiap petugas masih melakukan kegiatan yang sama, seperti pengumpulan informasi pasien, memasukkan data ke SIMRS, menerima persyaratan untuk pasien JKN, dan mengantar pasien ke bagian asuransi jika ada kendala seperti kesalahan perujukan. Berdasarkan hasil observasi di tempat pendaftaran rawat jalan, petugas pendaftaran juga merangkap sebagai petugas SEP. Petugas pendaftaran mengaku bahwa pelatihan terkait tugas ini tidak dilakukan secara rutin, melainkan hanya diadakan ketika ada informasi terbaru mengenai prosedur pendaftaran pasien.

2. Petugas Bagian Instalasi Asuransi

Instalasi Asuransi RSUD Banten dikepalai oleh seorang kepala Instalasi Asuransi dan mempunyai 16 personil yang membantu dalam proses pengklaiman kepada pihak penjamin diantaranya meliputi satu petugas coder, enam petugas verifikator, empat petugas input, petugas assembling sebanyak satu orang, petugas SKTM sebanyak tiga orang, dan humas satu orang. Petugas Asuransi terdiri dari satu coder (yang melakukan coding) yang sudah terlatih, awalnya dua orang, namun 1 orang mengundurkan diri. Verifikator berjumlah enam personil. Karena keterbatasan SDM terkadang Kepala Instalasi Asuransi juga merangkap sebagai verifikator. Dan adakalanya karena SDM coder kurang, maka verifikator juga merangkap coder.

Petugas input berjumlah empat personil, dari empat personil ini satu orang merangkap coder. Petugas assembling berjumlah satu orang (bertugas mengumpulkan dan memilah data berkas rekam medis yang akan diklaim). Petugas asuransi yang menangani SKTM berjumlah tiga orang dan satu orang humas asuransi. Kepala asuransi harus memastikan semua data dan kelengkapannya berjalan dengan baik. Berdasarkan dari hasil wawancara juga didapatkan bahwa yang sudah menjalani pelatihan coder ada tiga orang sedangkan yang telah menjalani pelatihan verifikator sebanyak dua orang. Kekurangan tenaga yang dirasakan di Instalasi Asuransi, khususnya di bagian coding, terkait dengan waktu yang dibutuhkan untuk proses tersebut. Proses coding memerlukan waktu yang cukup lama karena harus sesuai dengan diagnosis dokter yang tercantum pada status

pasien serta dengan ICD X yang diakui secara internasional. Kesalahan atau ketidaksesuaian dalam coding dapat berdampak pada ketidaksesuaian klaim BPJS. Kondisi ini tentunya menghambat proses penagihan piutang pasien BPJS, karena jika data yang disampaikan tidak lengkap, maka klaim tersebut akan dikembalikan oleh verifikator BPJS, yang kemudian membutuhkan waktu lebih lama untuk diproses ulang.

Terkait dengan kualitas dan kompetensi SDM, secara umum sudah dinilai cukup baik. Namun, untuk menghindari stagnasi, perlu ada peningkatan kompetensi, salah satunya melalui pengadaan pelatihan. Peralunya, selama ini pelatihan, terutama di Instalasi Asuransi, sangat jarang diadakan, padahal hal tersebut sangat penting untuk meningkatkan kinerja personel yang terlibat. Selain itu perlunya penambahan SDM atau personil dianggap perlu karena perhari input data BPJS sekitar 200 perhari untuk rawat jalan, dan 50 perhari untuk rawat inap. Karena beban kerja yang tinggi berakibat pada kinerja personil yang tidak optimal.

Ketepatan dalam pemberian kode penyakit dan tindakan sangat mempengaruhi jumlah biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan kepada rumah sakit. Pembiayaan pelayanan kesehatan berbasis Indonesian Case Base Groups (CBGs) sangat bergantung pada data klinis, khususnya kode diagnosis dan prosedur medis yang dimasukkan ke dalam perangkat lunak. Besaran klaim yang dibayarkan akan sangat tergantung pada kode INA-CBG yang dihasilkan, yang pada akhirnya akan berdampak besar pada pendapatan rumah sakit. Menurut Kresnowati (2013), pengetahuan yang mendalam tentang tata cara coding serta ketentuan dalam ICD-10 sangat diperlukan untuk mendukung keakuratan kode diagnosis, agar kode yang ditentukan dapat lebih tepat. Dengan demikian, ketepatan dalam pemberian kode penyakit dan tindakan menjadi sangat penting (Indawati, 2017).

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Instalasi Asuransi dan petugas yang bekerja di Instalasi Asuransi mengatakan bahwa perlunya pelatihan bagi petugas coder dan verifikator. Alasannya ilmu coding berkembang, syarat pengklaiman sebelumnya belum tentu sesuai dengan pengklaiman sekarang. Selain itu Kepala Instalasi Asuransi menambahkan verifikator harus mengetahui kaidah-kaidah pengkodean, syarat coding diagnose agar berkas klaim BPJS yang diajukan bisa diterima. Perlunya penambahan personil juga dikemukakan oleh Kepala Instalasi Asuransi yang sifatnya insidental atau sewaktu-waktu saat proses mengejar target dalam pengklaiman.

Wawancara juga dilakukan kepada petugas verifikator Internal di Instalasi Asuransi dalam waktu yang berbeda. Petugas tersebut mengatakan perlunya pelatihan yang dilakukan secara berkala, alasannya kebijakan pemerintah terkait BPJS seringkali berubah-ubah. Selain itu petugas juga mengatakan manfaat dari pelatihan adalah bisa saling bertukar pikiran tentang faktor atau hal-hal yang menjadi hambatan dalam proses pengajuan klaim BPJS.

Wawancara dilakukan juga kepada petugas coder yang mengatakan pelatihan ada tapi tidak dilakukan secara berkala.

Pelatihan diperlukan bagi petugas coder dan verifikator untuk menambah kompetensi dan wawasan serta regulasi pemerintah terkait coding di BPJS seringkali berubah-ubah, hal tersebut mengharuskan seorang coder untuk selalu mengikuti perubahan yang ada (Nabila et al., 2020).

3. Petugas Rekam Medis

Petugas Rekam Medis di RSUD Banten berjumlah lima petugas. Dan petugas portir sebanyak delapan petugas. Petugas portir terdiri dari dua shift. Shift pagi sebanyak 5 bertugas dari pukul 7.30 sampai dengan pukul 14.00. Sedangkan shift siang sebanyak tiga petugas bertugas dari pukul 14.00 sampai pukul 21.00. Dari wawancara dengan Kepala Instalasi Rekam Medis dan Pendaftaran mengatakan petugas di rekam medis ini ada satu orang sebagai operator, empat orang bertugas untuk pelaporan, menganalisa dan coding dan delapan sebagai portir. Kendala yang ada yaitu ada tugas tambahan untuk petugas rekam medis terkait retensi, (pemilahan berkas rekam medis pasien lebih dari lima tahun), dan pekerjaan ini dibantu oleh petugas pendaftaran.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Salma Firyal Nabila dkk (2020) yang menyebutkan bahwa kurangnya jumlah SDM akan mengakibatkan kinerja lambat dan pengajuan klaim mengalami penundaan.

Selain dari segi kuantitas, kualitas SDM juga harus dianalisa kualitasnya. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Cut Juli Muroli, dkk (2019) dan Aldi (Pratama et al., 2023) yang menyebutkan bahwa perlunya evaluasi SDM untuk mengetahui pengetahuan petugas dalam pengajuan klaim. Kurangnya pengetahuan atau kualitas SDM dapat menyebabkan terjadinya pending klaim. Pengetahuan dapat diperoleh dengan cara pelatihan yang dilakukan secara berkala. Kepala Instalasi Asuransi juga menambahkan bahwa ilmu coding itu selalu berkembang, syarat pengkodean sekarang belum tentu sama dengan syarat pengkodean di periode selanjutnya.

Organisasi mempunyai berbagai macam sumber daya yang berfungsi sebagai 'input' untuk diubah menjadi 'output' berupa produk barang atau jasa. Sumber daya tersebut mencakup uang atau modal, teknologi yang mendukung proses produksi, metode atau strategi yang digunakan dalam operasional, serta tenaga kerja dan lainnya. Di antara semua sumber daya tersebut, manusia atau sumber daya manusia (SDM) merupakan elemen yang paling penting (Amelia et al., 2022).

Schuler, Dowling, Smart, dan Huber (1992) dalam Priyono (2010) menjelaskan bahwa Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM) mengakui pentingnya tenaga kerja organisasi sebagai sumber daya vital yang berkontribusi besar terhadap pencapaian tujuan organisasi. Ini melibatkan penggunaan berbagai fungsi dan kegiatan untuk memastikan SDM digunakan secara efektif dan adil untuk kepentingan individu, organisasi, dan masyarakat. Menurut Jones target perubahan keorganisasian dalam rangka meningkatkan efektivitas setidaknya ada empat yakni Sumber Daya Manusia, Sumber Daya Fungsional, teknologi dan kemampuan organisatoris (Syaodih dkk, 2022).

Money

Unsur uang (money) merujuk pada sejumlah dana yang diperlukan untuk mencapai tujuan organisasi. Uang sebagai modal digunakan dalam pelaksanaan program dan rencana yang telah disusun. Selain itu, uang berfungsi sebagai alat ukur dan pengukur nilai, seperti dalam pembelian alat, bahan baku, pembayaran gaji, dan kebutuhan lainnya (Sendari, 2021). Dalam hal ini rumah sakit perlu mengatur pendapatan agar operasional rumah sakit berjalan dengan baik. Perencanaan yang matang dibutuhkan untuk mengetahui dan mengelola sumber pendapatan terbesar dari rumah sakit. Contohnya pengelolaan hemodialisa harus dikelola dengan matang, karena hemodialisa apabila dikelola dengan baik maka menjadi sumber terbesar bagi penghasilan rumah sakit. Selain itu pengelolaan pasien paru seperti diagnosa pneumonia atau tuberculosis harus mendapatkan perhatian serius, karena bila dikelola dengan baik maka akan menghasilkan pendapatan besar bagi rumah sakit. Begitu pula dengan pengadaan alat, sebagai contoh yaitu alat ventilator. Pasien banyak sekali membutuhkan alat ventilator namun ketersediaan alat sangat terbatas. Pihak manajemen harus mengatur hal-hal mana saja yang perlu menjadi skala prioritas dalam pengadaan sarana dan prasarana alat kesehatan yang menunjang dalam memaksimalkan pendapatan rumah sakit.

Dari hasil wawancara dengan Kepala Seksi Rekam Medis menyebutkan alokasi dana untuk menunjang sarana dan prasarana sudah dianggarkan dengan baik, namun pengelolaannya belum optimal. Sebagai contoh pengadaan formulir melibatkan pihak ketiga sehingga untuk koordinasi menjadi sulit dan lama.

Materials

Materials merujuk pada bahan yang dibutuhkan untuk proses produksi atau penyediaan layanan. Manajemen material mencakup perencanaan persediaan, pembelian, pengelolaan stok, dan distribusi material untuk memastikan kebutuhan produksi atau layanan dapat terpenuhi dengan baik (Rizeki, 2023). Yang dimaksud material dalam penelitian ini adalah kelengkapan data, kelengkapan berkas dan data yang akurat. Kelengkapan berkas dari pasien dan penginputan data oleh petugas rumah sakit kedalam SIM RS ataupun aplikasi BPJS Kesehatan akan mempengaruhi proses pengklaiman sehingga klaim piutang berdampak diterima, dipending ataupun bahkan tidak layak. Salah satu faktor dan merupakan faktor utama yang sering ditemukan adalah kelengkapan berkas rekam medis. Seringkali dokter atau DPJP, perawat, petugas laboratorium, petugas radiologi tidak menginput data hasil pemeriksaan ataupun tindakan kedalam SIM RS.

Dalam beberapa kasus, ketidakhadiran tanda tangan DPJP, tulisan dokter yang tidak jelas terbaca, serta penggunaan singkatan yang tidak lazim dapat menyebabkan salah persepsi dan berakibat pada pemberian kode yang tidak tepat. Ketidakjelasan atau kelengkapan diagnosis yang kurang juga menjadi masalah, yang memerlukan komunikasi yang efektif antara coder dan tenaga medis terkait untuk memastikan akurasi pemberian kode (Indawati, 2017).

Untuk menyikapi kelengkapan data rekam medis biasanya petugas Instalasi Asuransi mengadakan kegiatan “jemput bola” maksudnya petugas coder dan verifikator mengumumkan di group WA dan atau memberitahukan DPJP dengan menghubungi atau mendatangi langsung agar DPJP tersebut melengkapi kelengkapan rekam medis.

Berdasarkan hasil wawancara petugas Instalasi Asuransi yang bertugas selama tiga tahun lebih sebagai verifikator Internal menyebutkan bahwa banyak kendala saat proses klaim BPJS diantaranya yaitu ketidaklengkapan dokumen, misal pada diagnosa DHF, Ig M Ig G nya gak dicek, SEPnya tidak ada di VCklaim karena sistem dari BPJS nya error. Selain itu disebabkan karena sistem BPJS (kebijakan) nya sering berubah-ubah misal bulan lalu kasus yang sama boleh diklaim tapi bulan ini tidak bisa. Kesalahan input tanggal pulang tanggal masuk dan tanggal pulang pasien rawat inap . Atau pada kasus lain terjadi overlapping dengan rumah sakit lain, misal dirawat di rumah sakit dari tanggal satu sampe lima, dan di rumah sakit lain dirawat dari tanggal empat sampe tanggal delapan, sehingga ada tanggal yg overlapping yaitu tanggal empat dan lima, sehingga perlu kita konfirmasi lagi ke BPJS.

Pada masalah material yang sering terjadi adalah ketidaklengkapan DPJP mengisi resume medis, tulisan DPJP tidak terbaca, tidak ada hasil pemeriksaan penunjang, pemeriksaan penunjang ada tapi tidak lengkap pemeriksaannya, kesalahan input tanggal masuk dan tanggal pulang serta ketidaktepatan pengkodean. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Novita Nuraini dkk (2019) bahwa penyebab pending klaim dari segi material adalah ketidaklengkapan pengisian berkas persyaratan klaim BPJS rawat inap, dan ketidaklengkapan berkas klaim. Dalam hal yang sama hasil penelitian juga sejalan dengan penelitian Cut Juli Muroli dkk (2019) yang menyebutkan bahwa ketidaklengkapan resume medis, ketidaklengkapan berkas klaim dan ketidaktepatan dalam pengkodean dapat menjadi penyebab terjadinya pending klaim.

Penelitian yang dilakukan oleh (Indawati, 2017) juga mengungkapkan bahwa tulisan dokter yang tidak terbaca dengan jelas dapat menyebabkan salah persepsi dan berujung pada kesalahan dalam pemberian kode. Selain itu, penggunaan singkatan yang tidak lazim juga dapat membingungkan koder dan menyebabkan kesalahan dalam pengkodean. Ketidaklengkapan pengisian pada rekam medis menjadi faktor lain yang menghambat koder untuk melakukan pengkodean secara lengkap. Ketidakjelasan atau kelengkapan diagnosis yang ditulis memerlukan komunikasi yang efektif antara koder dan tenaga medis terkait.

Methods

Metode merujuk pada prosedur, strategi, dan pendekatan yang diterapkan untuk menjalankan berbagai aktivitas dalam organisasi. Hal ini mencakup perancangan dan peningkatan proses kerja, efisiensi operasional, standarisasi prosedur, serta penerapan praktik terbaik untuk mencapai tujuan organisasi (Rizeki, 2023).

Adakalanya terdapat kendala dalam usaha untuk memaksimalkan pendapatan atau penagihan klaim BPJS kesehatan. Standar Operasional Prosedur merupakan aturan yang mengatur dalam pelaksanaan suatu kegiatan agar tercapai dengan optimal. Pengajuan klaim oleh Instalasi Asuransi sudah sesuai SOP namun pada beberapa kasus ada yang tidak sesuai dengan SOP yang ada. Sebagai contoh masih banyak pasien yang penjaminannya belum jelas jadi tidak sesuai prosedur atau SOP yang telah dibuat.

Kesalahan dalam menentukan diagnosis, seperti membedakan mana yang merupakan diagnosis utama atau sekunder, menjadi salah satu penyebab terjadinya kesalahan kode. Jika ada keraguan dalam pemilihan kode diagnosis utama, hal ini perlu dikomunikasikan dengan DPJP terkait. Penggunaan istilah yang tercantum dalam rekam medis harus disesuaikan dengan kesepakatan bersama dan disosialisasikan kepada pihak terkait agar tidak menimbulkan kebingungan dalam memahami istilah yang digunakan.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan petugas Asuransi, SOP pengelolaan klaim BPJS rawat inap sudah ada, sosialisasi kepada DPJP terkait kelengkapan berkas klaim BPJS dan pembaharuan aturan coding tidak dilakukan secara periodik serta adanya perbedaan persepsi coder dan verifikator BPJS. Selain itu regulasi (kebijakan) pemerintah terkait BPJS yang selalu berubah-ubah menyebabkan terjadinya pending klaim.

Hasil penelitian sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Cut Juli Muroli dkk (2019) menyebutkan bahwa dari segi metode penyebab pending klaim adalah regulasi pengelolaan klaim BPJS rawat inap belum lengkap, sosialisasi berkala ke DPJP tentang resume medis secara lengkap jarang dilakukan. Selain itu hasil penelitian juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Salma Firyal Nabila dkk (2020), menyebutkan bahwa faktor metode yang menyebabkan terjadinya pending klaim yaitu regulasi terkait coding BPJS sering kali berubah-ubah, sehingga perlu adanya sosialisasi berkala tentang pembaharuan aturan coding. Sosialisasi berkaitan dengan komunikasi. Lima unsur penting dalam proses komunikasi yang harus diperhatikan yaitu pengirim pesan, pesan yang dikirim, bagaimana pesan dikirim, penerima pesan dan umpan balik pesan.

Machines

Unsur mesin (machine) merujuk pada peralatan yang digunakan dalam suatu kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi. Unsur ini mencakup peralatan, teknologi, dan sarana fisik lainnya yang digunakan dalam proses produksi atau operasional (Rizeki, 2023). Berdasarkan hasil observasi dalam penelitian ini, kendala yang terkait dengan unsur mesin atau peralatan terlihat pada terbatasnya jumlah alat pemindai (scanner). Ketika hanya ada dua alat pemindai, hal ini dapat memperlambat proses klaim dan meningkatkan kemungkinan kerusakan pada alat tersebut.

Selain itu, fasilitas lain yang mendukung sistem pengelolaan piutang pasien BPJS di Instalasi Asuransi sudah cukup memadai, seperti ketersediaan alat tulis kantor (ATK), serta sarana bangku dan meja yang dinilai memadai. Namun, masih terdapat kebutuhan untuk menambah perangkat komputer, di mana setiap pegawai seharusnya memiliki satu unit komputer. Saat ini, beberapa karyawan bahkan harus menggunakan laptop pribadi untuk mendukung pekerjaan mereka.

Berdasarkan pengamatan peneliti jaringan internet juga berpengaruh pada aktivitas pada saat pengiriman berkas dan dokumen ke pihak BPJS kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas di Instalasi Asuransi (verifikator), yang menyebutkan bahwa jaringan internet rumah sakit kurang memadai, terlebih pada pagi atau siang dimana semua menggunakan internet sehingga trafficnya internet padat akhirnya pengiriman dokumen ke BPJS juga mengalami kendala.

Pada kesempatan lain di waktu yang berbeda peneliti juga mewawancarai petugas yang bertugas di bagian Instalasi SIM RS yang mengatakan bahwa jaringan internet yang dipakai rumah sakit berasal dari Kominfo, yang adakalanya sering mengalami kendala sehingga menyarankan agar rumah sakit mempunyai back up jaringan internet.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara penelitian dari segi machine sebanding dengan penelitian yang dilakukan Cut Juli Muroli dkk (2019) dan penelitian yang dilakukan oleh Salma Firyal Nabila dkk (2020) yang menyebutkan bahwa penyebab pending adalah kurangnya sarana dan prasarana teknologi informasi (IT).

Manajemen Operasi RSUD Banten

Setelah melakukan analisis faktor- faktor penyebab terjadinya pending klaim di RSUD Banten, Peneliti ingin mengkaitkan permasalahan yang timbul dengan aspek manajemen operasi rumah sakit. Hal ini dilakukan dengan maksud untuk mengetahui fungsi manajemen yang dilakukan oleh RSUD Banten sudah dilakukan secara maksimal atau belum.

Henry Fayol mendefinisikan manajemen sebagai suatu proses yang melibatkan perencanaan, pengorganisasian, dan pengawasan terhadap sumber daya yang tersedia, dengan tujuan untuk mencapai hasil yang efektif dan efisien. Ini artinya suatu organisasi dalam hal ini rumah sakit harus melakukan proses perencanaan, pengorganisasian, dan pengawasan harus dilakukan dengan matang terkait sumber daya khususnya sumber daya manusia (SDM) dalam hal pengajuan berkas klaim.

Menurut Reid & Sanders (2013), manajemen operasi adalah fungsi bisnis yang bertanggung jawab dalam perencanaan, koordinasi, dan pengendalian penggunaan sumber daya yang diperlukan perusahaan untuk menghasilkan barang dan jasa.

Dalam rangka mendukung kebijakan Permenkes No. 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG, ketersediaan sumber daya manusia menjadi komponen yang sangat penting dalam pelaksanaan klaim BPJS. (Hasbullah dkk, 2024). Proses perencanaan, pengorganisasian, pengawasan terkait kuantitas dan kualitas SDM harus mendapat perhatian yang serius. Berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara mendalam dan observasi masih kurangnya SDM di bagian pendaftaran, bagian rekam medis dan Instalasi Asuransi. Disamping itu terkait kualitas SDM khususnya di bagian Instalasi Asuransi ada petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan, adapun petugas yang pernah mengikuti pelatihan tidak dilakukan pelatihan lagi untuk up date ilmu terkait pengajuan berkas klaim, karena ilmu coding berkembang dan regulasi dari pemerintah terkait BPJS seringkali berubah.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi terkait SDM coder di bagian klaim rawat inap, verifikator merangkap sebagai coder. Idealnya, dalam mempersiapkan pengajuan berkas klaim sesuai dengan Permenkes No. 26 Tahun 2021, tugas coder adalah melakukan kodifikasi terhadap diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien. Kodifikasi ini dilakukan sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9 untuk tindakan/prosedur, yang bersumber dari rekam medis pasien. Sedangkan tugas verifikator memastikan kelengkapan berkas dan memastikan kebenaran koder. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas verifikator rumah sakit mengeluhkan berkas rekam medis seringkali belum lengkap, hal tersebut harusnya menjadi tanggung jawab petugas rekam medis. Hal tersebut membuktikan bahwa pengorganisasian dan pengawasan SDM pihak manajemen belum maksimal. Sumber Daya Manusia (SDM) adalah salah satu komponen yang sangat mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan suatu sistem. SDM yang kompeten sangat dibutuhkan dalam mengelola data dan informasi kesehatan, agar kualitas informasi yang diperoleh oleh rumah sakit dapat berjalan dengan efektif (Hasbullah dkk, 2024).

Dalam Permenkes No. 26 Tahun 2021, tugas dan tanggung jawab dokter mencakup penegakan dan pencatatan diagnosis utama, diagnosis sekunder, serta tindakan/prosedur yang telah dilakukan. Selain itu, dokter juga diwajibkan untuk menyusun resume medis pasien secara lengkap, jelas, dan spesifik selama pasien dirawat di rumah sakit. Namun dalam kenyataannya masih banyak DPJP yang tidak melengkapi rekam medis dan resume medis dengan lengkap. Ricky W. Griffin menjelaskan bahwa manajemen adalah sebuah proses yang melibatkan perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, dan pengendalian sumber daya untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Dalam konteks manajemen operasi, kurangnya koordinasi dan pengendalian terhadap DPJP menjadi masalah, di mana seharusnya manajemen rumah sakit lebih sering mengadakan sosialisasi tentang pembaruan aturan klaim dan pengkodean BPJS secara rutin. Namun, pada kenyataannya, sosialisasi tersebut hanya dilakukan pada waktu-waktu tertentu saja. Hal tersebut sebanding dengan penelitian yang dilakukan oleh Nabila dkk (2020) dimana kurangnya sosialisasi pembaharuan aturan coding dapat menyebabkan berkas klaim mengalami pending. Kurangnya pengawasan dari manajemen, tidak adanya jadwal supervisi serta kurangnya motivasi pimpinan dapat menyebabkan berkas klaim mengalami pending. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Nuraini et al., n.d.).

Salah satu tujuan manajemen operasi menurut (Adam, 2023) adalah meningkatkan produktivitas tenaga kerja. Peningkatan produktivitas tenaga kerja dapat dilakukan melalui pelatihan, motivasi, dan penempatan tenaga kerja yang efisien. Dalam kenyataannya di RSUD Banten belum secara optimal melaksanakan manajemen operasinya dalam hal sumber daya manusia, karena masih banyak petugas yang belum mendapat pelatihan terkait coding dan pengajuan berkas klaim.

Tahapan yang harus ada dalam manajemen operasional adalah evaluasi. Pihak manajemen seharusnya mengevaluasi secara berkala hal-hal terkait penyebab terjadinya klaim pending. Evaluasi merupakan salah satu fungsi manajemen yang bertujuan untuk menilai efektivitas dan efisiensi pelaksanaan suatu rencana, serta mengukur hasil implementasinya dengan cara yang objektif. Proses ini dilakukan dengan menggunakan kriteria yang dapat diterima baik oleh pihak yang mendukung maupun yang tidak mendukung perencanaan tersebut. Diharapkan dengan adanya evaluasi secara berkala dapat mengurangi berkas klaim yang mengalami pending.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian kualitatif deskriptif dengan teknik observasi dan wawancara yang dilaksanakan di RSUD Banten tentang pengelolaan pending klaim pasien BPJS rawat inap dapat diambil kesimpulan yaitu terjadi peningkatan yang konsisten dalam jumlah klaim BPJS rawat inap yang layak. Ini mencerminkan efisiensi dan ketelitian RSUD Banten dalam menangani klaim BPJS rawat inap. Namun, pihak RSUD Banten perlu terus memperbaiki sistem verifikasi dan administrasi untuk mengurangi jumlah berkas klaim yang pending. Kendala-kendala dalam pengelolaan klaim diantaranya verifikasi data tidak akurat, kurangnya SDM terlatih, regulasi (kebijakan) Pemerintah terkait BPJS berubah-ubah, sarana prasarana kurang memadai, IT (teknologi informasi) kurang memadai, kurangnya komunikasi efektif dan belum adanya monitoring dan evaluasi berkala dari pihak manajemen. Cara mengatasi kendala diantaranya yaitu pelatihan secara berkala, komunikasi yang efektif antara BPJS dan rumah sakit, mengoptimalkan administrasi serta pengelolaan keuangan yang baik agar rumah sakit bisa memberikan layanan yang berkualitas. Solusi yang bisa dilakukan dalam mengatasi kendala yang ada yaitu optimalisasi sistem digital, peningkatan pengetahuan SDM, peningkatan komunikasi efektif dan koordinasi lintas sektoral.

DAFTAR PUSTAKA

- Adam, K. A. (2023). Penerapan Manajemen Operasional. Manajemen Operasi Pada Perusahaan, 39.
- Amelia, A., Manurung, K. A., & Purnomo, D. B. (2022). Peranan Manajemen Sumberdaya Manusia Dalam Organisasi. *Mimbar Kampus: Jurnal Pendidikan Dan Agama Islam*, 21(2), 128–138.
- Amran, R. (2023). Prosedur Bpjs Dan Klaim Bpjs Oleh Rumah Sakit. *Health And Medical Journal*, 5(2), 147–154.
- Arifin, M. B., Vivian, Y. I., & Nasrullah, N. (2017). Pengaruh Pelembagaan Desa Budaya Pampang. *Journal Of Culture, Arts, Literature, And Linguistics*, 3(2), 240523.
- Indawati, L. (2017). Identifikasi Unsur 5m Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Systematic Review). *Indonesian Of Health Information Management Journal (Inohim)*, 5(2), 59–64.
- Kuantitatif, P. P. (2016). Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D. Alfabeta, Bandung.
- Mandia, S. (2023). Analisis Kasus Penyebab Pending Klaim Bpjs Di Klinik Utama Ringan-Ringan Medical Centre (Rmc) Pakandangan, Padang Pariaman. *Jik Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), 359–366.
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas Bpjs Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379.
- Muroli, C. J., Rahardjo, T. B. W., & Kodyat, A. G. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh Bpjs Di Rsab Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (Marsi)*, 4(2), 191–197.
- Nabila, S. F., Santi, M. W., Tabrani, Y., & Deharja, A. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Rsupn Dr. Cipto Mangunkusumo. *J-Remi: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 519–528.
- Novitasari, D. (2022). Manajemen Operasi Konsep Dan Esensi. Stie Widya Wiwaha.
- Nuraini, N., Wijayanti, R. A., Putri, F., Alfiansyah, G., Deharja, A., & Santi, M. W. (N.D.). Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember *Optimizing Of Management Pending Claims For Bpjs's Hospitalized Inpatient At Citra Husada Hospital Jember*.
- Pratama, A., Fauzi, H., Indira, Z. N., & Adi, P. P. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (Rsud) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (Jipiki)*, 8(1), 124–134.
- Rahmaningsih, D. M. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rs Pusat Pertamina Jakarta.
- Setyawan, F. E. B., & Supriyanto, S. (2020). Manajemen Rumah Sakit. Zifatama Jawa.
- Sugiyono. (2019). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D (Sutopo (Ed.)). Alfabeta.
- Tiyas, A. W. (2019). Analisis Pengelolaan Dana Piutang Bpjs (Studi Kasus Rsud Kertosono, Rsud Jombang, Dan Rsud Kabupaten Kediri). *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Feb*, 7(2).