



## Tinjauan Kelengkapan Persyaratan Administrasi Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Puskesmas Kebong Kabupaten Sintang Tahun 2023

Joni Herman<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Prodi Perkam Medis Dan Informasi Kesehatan, STIKes Kapuas Raya Sintang, Indonesia

Info Artikel	Abstrak
Sejarah artikel : Diterima : 28 Juli 2023	Badan penyelenggara jaminan sosial merupakan lembaga sosial yang dibentuk untuk menyelenggarakan program-program seperti jaminan sosial. Pernyataan dari pihak Puskesmas klaim pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sering terlambat. Tujuan: Untuk mengetahui tinjauan kelengkapan persyaratan administrasi klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Puskesmas Kebong. Metode: Jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Subjek penelitian petugas klaim Badan penyelenggara jaminan sosial informan utama petugas klaim dan informan pendukung petugas pendaftaran. Sedangkan objek penelitian persyaratan dokumen badan penyelenggara jaminan sosial. Hasil: Persyaratan yang sering tidak dibawa pasien badan penyelenggara jaminan sosial yaitu kartu badan penyelenggara jaminan sosial, sedangkan persyaratan yang sering kurang mengajukan klaim pasien badan penyelenggara jaminan sosial adalah kwitansi, fotokopi kartu tanda penduduk dan Fotokopi kartu badan penyelenggara jaminan sosial. Penyebab keterlambatan pengajuan klaim ke badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan karena masih ditemukan berkas atau dokumen rekam medis yang belum di tanda tangan oleh dokter. Kesimpulan: diharapkan Puskesmas Kebong untuk mensosialisasikan kembali terkait persyaratan berobat pasien badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan, agar klaim ke badan penyelenggara jaminan sosial tepat waktu.
Disetujui: 24 Agustus 2023	
Dipublikasi: 21 September 2023	
<b>Kata Kunci:</b> Kelengkapan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	

## Overview of the Completeness of Claim Administration Requirements for the Social Security Organizing Agency at the Kebong Health Center, Sintang Regency in 2023

### Abstract

**Keywords:**  
Completeness, The social security agency

The social security agency is a social institution formed to administer programs such as social security. Statements from the health center for patient claims from the Social Security Organizing Body are often late. Objective: To find out the review of the completeness of the claims administration requirements of the Social Security Organizing Agency at the Kebong Health Center. Methods: This type of qualitative research with a descriptive approach. The research subject is the claim officer, the social security agency, the main informant for the claims officer and the supporting informant for the registration officer. While the object of research is the document requirements of the social security organizing body. Result: Requirements that are often not brought by the patient of the social security organizing body are the card of the social security organizing body, while the requirements that are often lacking in submitting claims for the patient of the social security organizing body are receipts, photocopy of identity card and photocopy of the card of the social security organizing body. The cause of the delay in submitting a claim to the health social security organizing body is because there are still files or medical record documents that have not been signed by the doctor. Conclusion: it is hoped that the Kebong Health Center will re-socialize the medical requirements for patients from the health social security organizing agency, so that claims to the social security organizing agency are timely.

### Alamat Korespondensi:

✉ Joni Herman

STIKes Kapuas Raya Sintang, Indonesia

Email : [borneo\\_jhony86@yahoo.com](mailto:borneo_jhony86@yahoo.com)

@ 2023 STIKes Kapuas Raya Sintang

## PENDAHULUAN

Sarana pelayanan kesehatan menurut peraturan menteri kesehatan republik indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 1 ayat 3 adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktek kedokteran atau kedokteran gigi rumah sakit merupakan salah satu contoh dari sarana pelayanan kesehatan. Rumah sakit salah satu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang teorganisasi serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesimbangan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang di derita oleh pasien. Upaya pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit yang meliputi pelayanan medis dan non medis. Pelayanan non medis diberikan untuk menunjang pelayanan non medis, seperti pelayanan rekam medis.

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat sedangkan pengertian rumah sakit menurut peraturan Menteri kesehatan republik indonesia No.1204/Menkes/SK/ X/2004 tentang persyaratan kesehatan Lingkup Rumah Sakit, dinyatakan bahwa rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat

Rekam medis merupakan berkas atau dokumen penting bagi setiap instansi rumah sakit. Hal ini berkaitan dengan isi rekam medis yang mencerminkan segala informasi menyangkut pasien sebagai dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut upaya pelayanan maupun tindakan medis (Gemala, 2008). Rekam medis yang baik berisikan data yang lengkap dan dapat diolah menjadi informasi sehingga memungkinkan melakukan evaluasi objektif terhadap kinerja pelayanan kesehatan dan berbasis pendidikan, penelitian dan pengembangan (solikha, pamungkas, & Marwati, 2010).

Pemerintah indonesia mengeluarkan UU No 40 tahun 2004 tentang implementasi sistem jaminan nasional berdasarkan prinsip kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial untuk semua warga

negara (BPJS, 2015). Pada sektor kesehatan, pemerintah membentuk badan penyelenggaraan jaminan sosial (BPJS) kesehatan untuk memastikan kesehatan tapi warga negara (BPJS, 2014), menurut bukti praktis administrasi fasilitas kesehatan (Hosizah, 2017).

BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan serta dibawah koordinasi langsung oleh pemerintah dalam mengelola jaminan kesehatan untuk menyeluruh masyarakat indonesia. Jaminan tersebut dibentuk berdasarkan hak konstitusional setiap orang dan wujud tanggung jawab negara. Badan penyelenggara jaminan sosial BPJS mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kembali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan, kesehatan untuk meningkatkan (efisiensi pasal 24 Ayat 3 UU Nomor 40 tahun 2004).

Asuransi membutuhkan berkas rekam medis sebagai acuan dalam perhitungan biaya pelayanan medis pasien. Asuransi dapat didefinisikan sebagai suatu perjanjian dimana penanggung dengan menerima suatu premi mengikuti dirinya untuk memberi ganti rugi kepada tertanggung yang akan mengakibatkan kehilangan, kerugian, atau kehilangan surat.

Klaim rumah sakit dilakukan secara kolektif dan di tagihkan ke BPJS setiap bulan, dengan dilengkapi dokumen pendukung yaitu Grouper INA-CBGS yaitu suatu sistem tarif yang terpaket untuk kondisi penyakit tertentu sehingga biaya perawatan dan pengobatan bisa diperkirakan sejak awal dalam peraturan menteri kesehatan no 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem indonesia Case Base Grup. Tarif INA CBGS mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grub atau kelompok rawat inap dan 288 kode grub atau kelompok rawat jalan, menggunakan sistem atau koding dengan ICD 10 untuk diagnosis serta ICD 9 CM untuk prosedur tindakan. pemeriksaan penunjang, kwitansi pembayaran, SEP (surat eligibilitas peserta). Formulir bukti pelayanan rawat jalan dan serta persyaratan yang di bawa pasien. Untuk kelancaran proses pengajuan klaim setiap pasien harus membawa persyaratan lengkap (Atonius, 2008).

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan puskesmas melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat dirumah sakit. Pengajuan klaim ke BPJS

Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnose merujuk pada ICD 10 atau ICD 09 CM. Salah satu penyebabnya terbanyak adalah tidak ada tanda tangan dokter penanggung jawab pasien pada lembar resume medis padahal secara hukum tanda tangan resume medis adalah salah satu keabsahan dari resume medis (Permenkes no. 269/MENKES/PER/III/2008 pasal (4) ayat 2). Tidak ada tanda tangan resume medis membuat klaim BPJS Kesehatan tidak bisa di grouping oleh unit penjaminan sehingga terjadi penundaan (*pending*) klaim BPJS Kesehatan. Penundaan ini menyebabkan pembayaran klaim menjadi menurun dan *cash flow* rumah sakit menjadi menurun dikarenakan hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS Kesehatan.

Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan, puskesmas menyertakan resume medis sebagai salah satu syarat berkas pengajuan. Resume medis diberikan diakhir perawatan pasien baik hidup sembuh atau meninggal. Jika resume medis tidak lengkap maka BPJS Kesehatan akan mengembalikan resume medis tersebut. Pengembalian resume medis berakibat tidak di bayarnya pelayanan kesehatan yang dilakukan puskesmas dan akan mengakibatkan menurunnya pemasukan.

Studi pendahuluan di Puskesmas Kebong pada tanggal 22 Oktober 2021 didapatkan rata-rata pasien yang berobat menggunakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial setiap hari di sekitar 20 pasien. Pernyataan dari pihak Puskesmas klaim pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial sering terlambat. Jumlah petugas rekam medis dengan pendidikan rekam medis di Puskesmas Kebong berjumlah 2 orang. Berdasarkan permasalahan di Puskesmas Kebong peneliti perlu melakukan penelitian tentang tinjauan kelengkapan persyaratan administrasi klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Puskesmas Kebong Kabupaten Sintang tahun 2022”

## TUJUAN

1. Mengidentifikasi persyaratan administrasi yang diperlukan untuk pengajuan klaim jaminan kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Puskesmas Kebong Kabupaten Sintang tahun 2023

2. Mengidentifikasi penyebab keterlambatan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Puskesmas Kebong Kabupaten Sintang tahun 2023

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. subjek dalam penelitian ini adalah petugas klaim BPJS. Informan utama petugas klaim dan informan pendukung petugas pendaftaran sedangkan objek penelitian dokumen yang akan di klaim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Kelengkapan Persyaratan Administrasi Klaim BPJS

Berdasarkan karakteristik informan, informan yang diteliti adalah sebanyak dua orang yaitu informan R berjenis kelamin perempuan dan M berjenis kelamin laki-laki. Dengan jabatan petugas klaim dan petugas rekam rekam medis Dengan kualifikasi pendidikan SI Keperawatan dan DIII Perkam dan Informasi Kesehatan.

Hasil penelitian diperoleh adalah bahwa jumlah pasien BPJS di tahun 2021 ini dalam satu hari sebanyak 30-35 orang. Persyaratan yang paling sering tidak dibawa ketika pasien BPJS berobat yaitu kartu BPJS sementara itu persyaratan sering tidak ada ketika akan mengajukan klaim pasien BPJS adalah foto kopi kartu BPJS. Kendala yang dialami petugas klaim yaitu surat menyuratnya tidak lengkap seperti tidak membawa kartu BPJS dan KTP. Untuk mengajukan klaim pasien BPJS dari pihak Puskesmas Kebong Sintang mengajukan sebanyak 3 kali dalam setahun.

BPJS adalah salah satu lembaga sosial yang dibentuk untuk menyelenggarakan program-program seperti jaminan sosial yang ada di Indonesia, berdasarkan undang-undang Nomor 40 tahun 2004 yang menyatakan tentang sistem jaminan sosial nasional, disamping itu juga menurut undang-undang nomor 24 tahun 2011 BPJS mengganti sejumlah lembaga-lembaga jaminan sosial yang ada seperti lembaga asuransi kesehatan PT askes Indonesi dirubah menjadi BPJS Kesehatan, lembaga jaminan sosial tentang ketenaga kerjaan Jamsostek juga dirubah menjadi BPJS ketenaga kerjaan. Perubahan ini akan dilakukan secara bertahap dan bergilir, seperti yang kita ketahui pada awal tahun 2014 lalu PT askes berubah menjasi BPJS kesehatan dan untuk tahun 2015 ini PT jamsostek berubah menjadi BPJS ketenaga kerjaan, disamping itu juga kantor pusat BPJS ini berada di Jakarta namun anda tak perlu jauh-jauh

kesana karena kantor perwakilannya ada disetiap tingkat provinsi dan juga kabupaten kota. Untuk dapat tercatat sebagai anggota, masyarakat harus dapat mendaftar melalui kantor BPJS Kesehatan dengan membawa kartu identitas (KTP) serta pasfoto. Setelah mengisi formulir pendaftaran dan membayar iuran lewat bank atau instansi pembayaran, calon anggota akan mendapatkan kartu BPJS Kesehatan yang bisa langsung di gunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Eka Febriansyah (2018) dengan judul penelitian kelengkapan persyaratan administrasi klaim BPJS di bagian rekam medis Rumah Sakit Pantiwilasa DR. Cipto Semarang. Bahwa masih ditemukannya kekurangan persyaratan dalam mengajukan klaim pasien BPJS.

Asumsi peneliti yaitu penyebab pasien tidak membawa fotokopi BPJS dan KTP pasien karena umur pasien yang sudah berumur yang mempengaruhi memori atau daya ingat pasien. Kemudian jarak tempuh pasien yang jauh sehingga pasien tidak mau kembali ke puskesmas untuk memberikan persyaratan yang kurang untuk pengobatan.

### Penyebab Keterlambatan Klaim BPJS

Di Puskesmas Kebong yang menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim ke BPJS kesehatan adalah kurang lengkapnya syarat yang diperlukan dalam mengajukan klaim salah satu contoh yaitu masih ditemukan berkas atau dokumen rekam medis yang belum di tanda tangan oleh dokter. Alasan persyaratan pasien BPJS tidak lengkap karena buru-buru, biar cepat selesaidalam memberikan pelayanan. Dampak yang ditimbulkan jika telat mengajukan klaim pasien BPJS kesehatan adalah operasional Puskesmas terganggu dan tunjang jasa pelayanan kita juga tidak dibayarkan, yang mengakibatkan kurang semangat kerja.

Permasalahan klaim yang terjadi karena diagnosis pasien diisi oleh program pendidikan dokter spesialis (PPDS) yang memiliki pemahaman dan pengetahuan yang masih kurang tentang pengisian The internasional statistical classification of diseases and related helath problem (ICD) 10 dan ICD 9 clinical Modifaction (CM)

sumber daya manusia (SDM) coding grouping karena masih kurangnya pelatihan dan masih ada penempatan SDM yang masih belum sesuai kopetensi. Belum bridging antara aplikasi indosneia *case base groups* (INA CBGS), sistem rumah sakit (SIM RS) dan BPJS dengan informasi dan teknologi (IT) yang belum mendukung (Anwar, 2014).

Penelitian yang dilakukan oleh Ajeng Cahyaning Tyas (2015) dengan judul penelitian Tinjaun penyebab tidak adanya kelengkapan syarat kalim pasien BPJS di unit rawat inap rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang. Hasil penelitian Penyebab keterlambatan klaim BPJS Kesehatan adalah karena disebabkan autentifikasi.

Asumsi peneliti bahwa penyebab keterlambatan klaim BPJS karena sumber daya manusia salah dalam pengentrian item oleh petugas verifikasi BPJS internal puskesmas. Selain itu beberapa permasalahan lainnya yaitu jarak tempuh dari puskesmas ke puskesmas pembantu yang jauh serta terkendalanya jaringan seperti tidak adanya sinyal HP yang dapat menyebabkan keterlambatan klaim BPJS kesehatan.

### PENUTUP

Diharapkan petugas klaim untuk tidak terlambat dalam mengajukan klaim serta melengkapi persyaratan pasien BPJS kesehatan dan mensosialisasikan kembali terkait persyaratan berobat bagi pasien BPJS kesehatan.

### DAFTAR PUSTAKA

- Ajeng Cahyaning Tyas (2015), Tinjaun penyebab tidak adanya kelengkapan syarat kalim pasien BPJS di unit rawat inap rumah sakit bhakti wira tamtama semarang
- Arikunto, S. 2009. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwar, Azrul. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Azwar, Sy. 1999. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset
- Eka Febriansyah 2014, *Kelengkapan persyaratan administrasi klaim BPJS di bagian rekam medis rumah sakit pantiwilasa DR.cipto semarang*
- Hatta Gemala R. (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Saranan Pelayanan Kesehatan*. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis. Jakarta : UI-Press.

- Henty. (2010). Manajemen Unit Kerja : Untuk Rekam Medis dan Informatika Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Keperawatan dan Kebidanan. Deepublish, Yogyakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan No 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Grub
- Peraturan Menteri Kesehatan RI NO. 269/Menkes/PER/III/2008 Tahun 12 Maret 2008 Tentang Rekam Medis.
- Puskesmas Kebong Tahun 2021
- Ratna puspitasari 2015, Tinjauan pengetahuan dokter rawat inap dalam kelengkapan pengisian fomulir RM. 11 (resume keluar) di RSUD brebes
- Sugiyono, 2011. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kualitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung. ALFABETA
- Sugiyono. 2010. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta, CV.
- Sugiyono. 2012. Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D). Bandung: Alfabeta, CV
- Sugiyono. 2016. Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D). Bandung: Alfabeta, CV.
- Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004, Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

