

BAB IV

PENYAJIAN DATA DAN ANALISIS DATA

A. Gambaran Umum Rumah Sakit Sari Mulia sebagai Fasilitas Kesehatan yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

1. Sejarah Singkat

Rumah Sakit Sari Mulia berada dibawah Yayasan Indah yang dibentuk pada tahun 1974 di Jakarta. awal pendiriannya pada tanggal 30 April 1981 dengan nama Rumah Bersalin Sari Mulia milik “Yayasan Indah”. 5 tahun kemudian tepatnya pada tanggal 7 Februari 1986 Rumah Bersalin Sari Mulia ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Bersalin Sari Mulia. Pada tanggal 20 Februari 1998 berubah menjadi Rumah Sakit Umum Sari Mulia.

Sejak resmi didirikan pada tanggal 20 Februari 1998, Rumah Sakit Sari Mulia Banjarmasin bertekad untuk mengemban misi melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna bermutu dan terjangkau masyarakat. Rumah Sakit Sari Mulia sebagai penyelenggara kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat di daerah khususnya di wilayah Kalimantan Selatan dan sekitarnya. Rumah Sakit Sari Mulia memberikan informasi dan pelayanan yang berkualitas, dengan program pelayanan kesehatan terpadu.

Program pelayanan kesehatan terpadu, merupakan wujud dari kepedulian dalam memberikan pelayanan berkualitas, cepat, tepat, akurat dan efisien. Program ini merupakan pengembangan pelayanan yang meliputi Unit Gawat Darurat, rawat inap, rawat jalan, dan penunjang medis. Program

pelayanan kesehatan terpadu ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi dan solusi bagi masyarakat, bahwa di Banjarmasin telah ada Rumah Sakit Umum Swadana yang mampu memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap baik perorangan maupun kolektif dengan dukungan tenaga ahli professional yang berpengalaman. Bentuk pelayanan kolektif berupa menjalin kerja sama dengan instansi/ perusahaan pemerintah dan swasta.

2. Lokasi Penelitian

Adapun lokasi penelitian ini adalah di Rumah Sakit Sari Mulia yang beralamat di Jalan Pangeran Antasari No 139, Banjarmasin, Kalimantan Selatan, Indonesia. Penelitian akan dilakukan pada ruang khusus Administrator BPJS yang digunakan dalam menyelesaikan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan.

3. Organisasi dalam Penyelesaian Pengajuan Klaim Rumah Sakit Sari Mulia.

Organisasi penyelesaian pengajuan klaim oleh Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan dilakukan oleh kedua Administrator BPJS dikoordinatori oleh seorang Koordinator administrasi pengajuan klaim dalam pelayanan rawat jalan. berikut Job Description yang dilakukan oleh organisasi yang bertugas dalam penyelesaian pengajuan klaim. Adapun *job description* Administrator BPJS dalam pelaksanaan klaim pada pelayanan rawat jalan kepada BPJS Kesehatan:

a. Koordinator

Koordinator bertugas mengawasi dan mengoordinatori jalannya proses pengajuan klaim agar klaim dapat diajukan kepada BPJS Kesehatan.

b. Administrator 1

- 1) Tarik berkas rawat jalan menggunakan aplikasi V-claim;
- 2) Input berkas rawat jalan ke buku besar;
- 3) Absen berkas rawat jalan yang sudah di masukan di buku besar;
- 4) Tarik dan input obat biasa dan kronis dengan menggunakan aplikasi apotik;
- 5) Cek dan cari status berkas yang masih belum lengkap, contohnya berkas yang masih belum ada resume medisnya;
- 6) Meminta isian resume yang belum lengkap kepada Dokter yang bersangkutan;
- 7) Rekap dan input berkas laporan laboratorium;
- 8) Rekap dan input berkas radiologi;
- 9) Mengecek rekap laporan operasi di poli mata;
- 10) Mengambil dan merekap laporan audiometri di THT *centre*;
- 11) Cek dan konfirmasi laporan berkas hemodialisa;
- 12) Meminta dan menginput laporan penggunaan obat dengan pihak depo;
- 13) Mengabsen berkas dan data scan berkas yang mau diajukan klaim;
- 14) Mengecek txt data klaim yang mau di kirim;
- 15) Mengantar berkas klaim ke Kantor BPJS.

c. Administrator 2

- 1) Mengambil berkas klaim rawat jalan di ruangan klinik;
- 2) Menyusun berkas klaim rawat jalan sesuai urutan nomer SEP & nama dokter;
- 3) Mengantar berkas klaim rawat jalan ke ruang rekam medis untuk di koding oleh petugas koder;
- 4) Mengambil berkas klaim rawat jalan yang sudah di koding;
- 5) Mengambil berkas klaim rawat jalan hemodialisa;
- 6) Mengoding berkas hemodialisa;
- 7) Mencetak INA-CBG's & menyatukan dengan SEP sesuai dengan urutan nomer SEP;
- 8) Scan berkas klaim rawat jalan yang sudah di koding serta disatukan dengan berkas klaim dari INA-CBG's;
- 9) Mengambil berkas cek laboratorium pasien BPJS kesehatan;
- 10) Mengambil berkas cek radiologi pasien BPJS;
- 11) Menginput total apotik biasa & kronis pasien BPJS kesehatan pada aplikasi INA-CBG's;
- 12) Mengantar berkas klaim rawat jalan ke BPJS kesehatan.

Itulah beberapa pekerjaan yang harus diselesaikan oleh Administrator BPJS agar pelaksanaan pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan kepada BPJS kesehatan dapat dilakukan serta mendapatkan hasil yang baik dalam menyelesaikan pengajuan klaim.

4. Tinjauan terhadap pengajuan klaim BPJS kesehatan pada pelayanan rawat jalan

Rumah Sakit Sari Mulia sebagaimana membuat bentuk pelayanan kolektif berupa menjalin kerja sama dengan instansi/ perusahaan pemerintah dan swasta. Kerja sama yang dimaksud bertujuan untuk menyukseskan program peningkatan derajat kesehatan agar mampu menciptakan tenaga yang potensial dengan kinerja dan produktivitas yang tinggi. Tujuan tersebut sejalin dengan BPJS Kesehatan yang berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Adapun maksud dilakukan perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit Sari Mulia adalah untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan demi terselenggaranya jaminan kesehatan bagi peserta. Perjanjian dalam pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan meliputi pemberian pelayanan kesehatan perorangan bersifat spesialisik atau sub spesialisik.

BPJS Kesehatan, dalam melaksanakan fungsinya bertugas untuk membayarkan biaya manfaat kepada Rumah Sakit Sari Mulia atas pelayanan kesehatan yang dilakukan kepada peserta JKN-KIS paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan oleh karena itu berhak untuk melakukan verifikasi terhadap tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia). BPJS Kesehatan juga berkewajiban mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 hari kalender sejak klaim diajukan oleh pihak kedua dan diterima

oleh pihak kesatu. Apabila BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara, maka berkas dinyatakan lengkap.

Kewajiban pihak kesatu (BPJS Kesehatan) terkait dengan pengajuan klaim berikutnya adalah memiliki petugas administrasi klaim untuk melakukan input tagihan pelayanan ke dalam software INA-CBG serta menyediakan aplikasi yang akan dipergunakan oleh pihak kedua untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan peserta JKN-KIS untuk pencetakan surat elegibilitas yang kemudian akan dilakukan integrasi dengan aplikasi sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM-RS) terbatas hanya berhubungan dengan administrasi klaim pihak kedua. Rumah Sakit Sari Mulia berkewajiban menyediakan aplikasi sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM-RS) yang mudah di akses oleh peserta untuk kepentingan proses administrasi pelayanan peserta JKN-KIS yang memenuhi persyaratan secara fungsional kemudian digunakan untuk integrasi dengan aplikasi pihak kesatu.

a. Standar Tata Cara Pengajuan dan Pembayaran Klaim

Adapun standar tata cara pengajuan dan pembayaran klaim pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan antara Rumah Sakit Sari Mulia dan BPJS Kesehatan berdasarkan perjanjian kerjasama (PKS) Nomor: 186/KTR/VIII-04/1220 halaman 56:

- 1) Pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) mengajukan klaim pelayanan kesehatan secara kolektif kepada kantor cabang/kantor layanan operasional kabupaten atau kota pihak kesatu (BPJS Kesehatan)

secara periodik dan lengkap setiap bulannya dilengkapi dengan dokumen pengajuan klaim.

- 2) Pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) dalam satu bulan dapat mengajukan masing-masing dengan interval waktu pengajuan minimal 10 hari, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a) Klaim reguler maksimal 1 kali antara tanggal 1-15 dengan mengikuti ketentuan dibawah ini:
 - (1) Pengajuan klaim reguler adalah satu bulan pelayanan penuh atau minimal 75% dari jumlah SEP yang terbit;
 - (2) Apabila pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) tidak dapat mengajukan klaim reguler sebagaimana dimaksud pada poin 1), maka klaim susulan belum dapat diajukan pada bulan yang sama;
 - (3) Apabila pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) ingin mencapai kualitas klaim N-1, para pihak dapat membuat kesepakatan jadwal pengajuan klaim reguler yang belum diajukan, untuk dituangkan dalam berita acara kesepakatan yang tidak terpisahkan dari perjanjian ini dengan ketentuan tidak melewati batas kadaluarsa klaim.
 - b) Klaim susulan bulan pelayanan sebelumnya.
 - c) Klaim pending.
- 3) Tarif yang digunakan oleh pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) sesuai dengan kelas rumah sakit yang berlaku dan regionalisasi tarif

sesuai kesepakatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan mengacu pada regulasi yang ditetapkan oleh menteri.

- 4) Pihak kesatu (BPJS Kesehatan) menerbitkan bukti penerimaan klaim kepada pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) setelah pihak kedua mengajukan klaim kepada pihak kesatu berupa *soft copy* atau melalui aplikasi dan *hard copy* pada hari dan tanggal pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) menyerahkan klaim.
- 5) Pihak kesatu (BPJS Kesehatan) harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 hari kalender sejak klaim diajukan oleh pihak kedua dan diterima oleh pihak kesatu.
- 6) Apabila klaim yang diajukan oleh pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, pihak kesatu (BPJS Kesehatan) mengembalikan seluruh berkas klaim kepada pihak kedua dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim.
- 7) Apabila pihak kesatu (BPJS Kesehatan) tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 hari kalender sebagaimana yang dimaksud pada angka 5, berkas klaim dinyatakan lengkap.
- 8) Hari ke 10 sebagaimana dimaksud pada angka 7 dihitung mulai hari pengajuan pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) yang ditandai dengan penerbitan bukti penerimaan klaim.

9) Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di pihak kedua (Rumah Sakit Sari Mulia) adalah sebagai berikut:

a) Kelengkapan administrasi umum:

(1) Surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh pimpinan pihak kedua atau pejabat setingkat direktur yang diberi kewenangan;

(2) Kuitansi asli bermaterai;

(3) Surat pernyataan tanggung jawab mutlak pengajuan klaim biaya pelayanan kesehatan bermaterai yang ditandatangani oleh pimpinan pihak kedua atau pejabat setingkat direktur yang diberi kewenangan.

b) Kelengkapan administrasi khusus:

(1) Bukti pendukung pelayanan;

(2) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim.

10) Pengajuan klaim pelayanan RJTL, kelengkapan khusus sebagaimana dimaksud pada poin 9 huruf b adalah sebagai berikut:

a) Lembar surat elegibilitas peserta (SEP) yang ditandatangani oleh peserta/ keluarga/ cap jempol tangan peserta;

b) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP);

c) Hasil pemeriksaan penunjang;

- d) Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
- e) *Checklist* klaim rumah sakit; dan
- f) Iuran sitem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi pihak kesatu (BPJS Kesehatan).

Adapun sistem pembayaran BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit Sari Mulia yaitu melalui *Supply Chain Financing* (SCF) program pembiayaan oleh bank yang khusus diberikan kepada fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan untuk membantu percepatan penerimaan piutang (tagihan klaim pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan).

b. Tahapan atau Prosedur Klaim

Adapun tahapan atau prosedur klaim pelayanan rawat jalan yang akan diajukan Administrator Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Tarik berkas rawat jalan dengan aplikasi V-claim;
- 2) Mengambil berkas klaim rawat jalan di ruang rekam medis poliklinik Rumah Sakit Sari Mulia;
- 3) Menginput berkas klaim rawat jalan tersebut kedalam buku besar (xls) serta menyusun dan memilah berkas klaim tersebut sesuai dokter spesialis;
- 4) Sebelum berkas diserahkan kepada bagian grouper terlebih dahulu berkas berada dibagian koder untuk diberikan pengkodean, setelah itu

baru berkas diserahkan ke bagian grouper untuk di input ke sistem INA-CBGs;

- 5) Untuk penginputan kedalam sistem INA-CBSs, berkas dikelompokkan terlebih dahulu berdasarkan jenis pelayanan rawat jalan, lalu petugas klaim memasukan nomer SEP untuk berkas rawat jalan dan nomer RM pasien;
- 6) Setelah selesai melakukan penginputan nomor SEP dan nomor RM, petugas melakukan verifikasi berkas dengan melakukan penginputan tanggal dan bulan pelayanan serta menginput tagihan pada billing, diagnosa, dan penunjang;
- 7) Setelah petugas koding selesai melakukan koding, berkas tersebut diambil kembali oleh Administrator BPJS untuk dilakukan scanning, kemudian penarikan data txt dan excel pada sistem INA-CBGs;
- 8) Apabila semua data klaim telah sesuai dengan berkas yang ada, maka data txt dan excel berkas dikirim ke BPJS Kemenkes untuk diverifikasi oleh Verifikator BPJS;
- 9) Apabila data txt dan xls terkirim, berkas fisik nya barulah dikirim ke kantor cabang BPJS Kesehatan.

c. Jenis-Jenis Klaim

Berikut adalah beberapa hasil klaim yang mampu dikeluarkan oleh seluruh Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan serta hasil verifikasi dari Verifikator

BPJS Kesehatan atau klaim yang telah terverifikasi BPJS Kesehatan untuk diputuskan apakah bisa mendapatkan penggantian biaya klaim atau tidak.

- 1) Klaim Reguler adalah penagihan klaim periodik bulan pelayanan sebelumnya yang ditagihkan pada bulan berjalan oleh Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan. Klaim reguler ditagihkan satu bulan penuh atau minimal 75% dari jumlah SEP terbit yang tertuang dalam surat pengajuan klaim dilengkapi dengan dokumen pengajuan klaim.
- 2) Klaim Layak adalah klaim yang sudah diverifikasi oleh Verifikator pihak kesatu (BPJS Kesehatan) dan memenuhi ketentuan administrasi dan atau pelayanan yang berlaku sesuai dengan perjanjian sehingga dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit Sari Mulia.
- 3) Klaim tidak layak adalah klaim yang sudah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi atau pelayanan yang berlaku sehingga tidak dapat dibayarkan oleh pihak kesatu (BPJS Kesehatan). contohnya klaim dengan satu rangkaian, pasien datang sblmnya untuk rawat jalan, namun juga dirawat inap diwaktu yang sama dalam jangka waktu 1 kali 24 jam jadi klaim yang diajukan hanya pada rawat inap yang satu rangkaian dengan rawat jalan.
- 4) Klaim Pending adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh pihak kesatu (BPJS Kesehatan) dikarenakan adanya ketidaklengkapan administrasi sehingga berkas klaim dikembalikan kepada Rumah Sakit Sari Mulia untuk dilengkapi berkasnya atau kode diagnosanya.

- 5) Klaim susulan adalah sisa tagihan klaim reguler sesuai dengan jumlah yang tertuang dalam surat pengajuan klaim dan atau klaim pending yang belum diajukan periode pertama pengajuan klaim sebelumnya.
- 6) Klaim Kadaluarsa adalah klaim yang sudah melewati batas ketentuan pengajuan yaitu lebih dari 6 bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan. Apabila klaim belum juga diajukan dalam jangka waktu pengajuan klaim sebagaimana yang dimaksud maka klaim tidak dapat diajukan kembali.

B. Penyajian Data

1. Gambaran Kinerja Administrator BPJS dalam Menyelesaikan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pelayanan Rawat Jalan

Penyajian data pada penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif kualitatif, yaitu dengan melakukan penelaahan dan pengkajian secara mendalam terhadap hasil penelitian mengenai analisis kinerja Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan yang beralamat di di Jalan Pangeran Antasari No 139, Banjarmasin. Berikut adalah data diri informan yang penulis anggap memiliki informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini, karena dalam kesehariannya mereka berurusan dengan permasalahan yang diteliti.

a. Informan

- 1) Nama: Syarif Hidayatullah

- 2) Tempat, Tanggal Lahir: Jakarta, 19 mei 1979
- 3) Umur: 43 Tahun
- 4) Jenis Kelamin: Laki-laki
- 5) Alamat: JL. Dahlia II NO. 54
- 6) Pendidikan terakhir (Jurusan): S1 Ekonomi-Akuntansi
- 7) Pengalaman Kerja: Bank Mandiri
- 8) Lama bekerja: 7 Tahun
- 9) Jabatan: Koordinator Administrasi klaim BPJS di RS. Sari Mulia

b. Informan

- 1) Nama: Achmad Sanusi
- 2) Tempat, Tanggal Lahir: Binarawa, 1 september 1986
- 3) Umur: 35 Tahun
- 4) Jenis Kelamin: Laki-laki
- 5) Alamat: JL. Mahligai komp. Boga Tengah Permai RT 15
- 6) Pendidikan terakhir (Jurusan): S1 Ilmu Pemerintahan
- 7) Pengalaman Kerja: perkebunan kelapa sawit
- 8) Lama bekerja: 5 Tahun
- 9) Jabatan: Administrator 1 BPJS (Rawat Jalan) di RS. Sari Mulia

c. Informan

- 1) Nama: Muhammad Fajriansyah
- 2) Tempat, Tanggal Lahir: Banjarmasin, 25 Desember 1993

- 3) Umur: 28 Tahun
- 4) Jenis Kelamin: Laki-laki
- 5) Alamat: JL. Tatah Belayung No. 1 RT. 012
- 6) Pendidikan terakhir: SMA
- 7) Pengalaman Kerja: RRI Banjarmasin
- 8) Lama bekerja: 2 Tahun
- 9) Jabatan: Administrator 2 BPJS (Rawat Jalan) di RS. Sari Mulia

Pengajuan klaim dalam penyelesaiannya haruslah berdasarkan pada ketepatan prosedur, kelengkapan berkas dan lain sebagainya dalam tahapan pengajuan klaim. Jika suatu klaim mampu diselesaikan dengan baik, maka akan berdampak positif terhadap pengembalian biaya klaim kepada rumah sakit yang akan digunakan untuk layanan berorientasi peserta JKN-KIS. Pengajuan klaim rumah sakit selaku fasilitas kesehatan oleh karena itu pada penyelesaiannya tidak dapat dipisahkan dari pengaruh yang sangat besar dari Administrator BPJS yang bertindak dalam menyelesaikan suatu klaim.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada Koordinator administrasi BPJS di Rumah Sakit Sari Mulia, Administrator BPJS pada pelayanan rawat jalan sudah mampu menyelesaikan 98% klaim reguler. 2% nya lagi disampaikan oleh Koordinator diajukan sebagai klaim susulan dibulan berikutnya karena dari segi administrasi berkas itu juga belum lengkap. Jika dipaksakan untuk diajukan 100% maka output klaim hasil verifikasi BPJS Kesehatan mungkin akan pending sehingga diputuskan untuk diselesaikan dan diajukan pada bulan berikutnya. Koordinator menjelaskan bahwa kedua

Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan sudah berkinerja dengan efektif untuk memenuhi standar pengajuan yang dibuat oleh BPJS Kesehatan.

Contoh dari hasil wawancara yang dilakukan kepada Koordinator administrasi BPJS adalah saat proses scan berkas klaim pelayanan rawat jalan yang dilakukan oleh Administrator 2. Administrator 2 berinisiasi untuk cicil berkas scan agar tidak di scan keseluruhan berkas klaim untuk menghindari berkas yang nyangkut, sehingga harus di scan berulang kali. Hal tersebut juga dapat menghemat waktu dan bekerja lebih efisien.

Berdasarkan wawancara dengan Administrator BPJS. Berkas fisik selalu disusun sesuai urutan nomer dan tanggal SEP yang dikeluarkan agar berkas tersebut lebih rapi. Administrator 2 memastikan urutan berkas klaim disusun berurutan mulai nomer urut awal hingga akhir dan dilakukan pemisahan pertanggal SEP terbit setiap harinya, walaupun ada beberapa berkas klaim pasien yang biasanya masih belum diurutkan saat diambil pada ruang rekam medis klinik karena masih ditangan DPJP, namun Administrator tetap mengurutkan berkas yang ada untuk digabung dengan tagihan yang dikeluarkan pada aplikasi INA CBG's. Hal tersebut juga berguna untuk mempermudah *job description* Administrator BPJS dalam melakukan pengecekan berkas.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada kepala administrasi atau Koordinator BPJS di Rumah Sakit Sari Mulia berkaitan dengan waktu pengajuan klaim, Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia dalam

menyelesaikan pengajuan klaim rawat jalan kepada BPJS Kesehatan itu untuk beberapa bulan sudah mengikuti standar penetapan waktu dari BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim khususnya tahun 2021, klaim diajukan maksimal tanggal 15 bulan berikutnya untuk 8 dari 12 bulan pelayanan. Adapun pada bulan April dan November diajukan pada tanggal 16, bulan Mei pada tanggal 24, sedangkan pada akhir tahun pada 17 Januari. Koordinator menjelaskan bahwa hal tersebut disebabkan karena Rumah Sakit Sari Mulia ingin mencapai kualitas klaim N-1 atau kualitas klaim yang baik untuk mendapat pembayaran oleh BPJS Kesehatan dengan baik, oleh karena itu dibuatlah kesepakatan jadwal pengajuan klaim reguler yang belum diajukan, untuk dituangkan dalam berita acara kesepakatan yang tidak terpisahkan dari perjanjian yang dituangkan dalam PKS dengan ketentuan tidak melewati batas kadaluarsa klaim. Koordinator juga menyampaikan bahwa pada klaim yang diajukan bulan Mei mengalami keterlambatan dikarenakan banyaknya kasus covid-19 yang perlu diajukan pada rentang bulan pelayanan tersebut. Penyebab lainnya adalah dari administrasi berkas itu belum lengkap, jika dipaksakan diajukan maka klaim akan berstatus pending. Koordinator menjelaskan bahwa hasil verifikasi BPJS Kesehatan pada bulan Mei itu diantara 3.820 kasus pada pelayanan rawat jalan yang diajukan, hanya terdapat 1 klaim pending.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan berkaitan dengan produktivitas tim, Administrator 1 BPJS di Rumah Sakit Sari Mulia memberi contoh karena setiap *job description* yang tertera saling berhubungan, jika Administrator menyelesaikan salah satu tahapan dalam pengajuan klaim, maka

tahapan yang telah dilaksanakan tersebut akan membantu terselesaikannya tahapan yang lain. Contohnya saat dipagi hari, hal yang pertama harus dilakukan oleh Administrator 1 adalah saat tarik berkas pelayanan rawat jalan dengan aplikasi Vclaim, maka Administrator 2 mengambil berkas klaim di ruangan klinik karena berkas tersebut akan di absen oleh Administrator 1, setelah Administrator 1 selesai mengabsen berkas, maka Administrator 2 akan mencetak tagihan rumah sakit pada INA CBG's dan seterusnya.

Administrator 1 BPJS Rumah Sakit Sari Mulia menjelaskan bahwa dalam menyelesaikan pengajuan klaim rawat jalan kepada BPJS Kesehatan, produktivitas yang dilakukan jika salah satu Administrator berhalangan hadir, Administrator lain memposisikan pekerjaan Administrator yang lain karena walau bukan menjadi tugas tertulis dalam *job description* masing-masing, namun Administrator BPJS mengerti terhadap seluruh prosedur pengajuan klaim rawat jalan secara menyeluruh tidak hanya tugas mereka sendiri.

Seluruh Administrator BPJS pada pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Sari Mulia juga mengatakan bahwa walaupun klaim pending bulan sebelumnya menambah pekerjaan mereka dalam tahapan pengajuan klaim, namun setiap klaim pending biasanya tetap bisa diselesaikan. Administrator menjelaskan bahwa jika klaim pending disebabkan karena salah koding diagnosa atau sisi medis dari pasien, maka Administrator akan bertindak untuk memperbaiki berdasarkan keterangan perbaikan yang diberitahukan BPJS Kesehatan seperti mulai mencari tau ke ruang rekam medis untuk menyesuaikan kode diagnosa yang sesuai. Contoh lainnya apabila dalam

resume medis pasien ada kekurangan, maka Administrator akan konfirmasi kepada asisten dokter agar diberi diagnosa oleh DPJP atau dokter verifikasi karena kasus penyakit tertentu hanya diketahui oleh dokter dalam kelengkapan berkasnya, contoh pemeriksaan lab, bukti operasi, dan lain-lain yang menjadi berkas pendukung dalam pengajuan klaim.

Administrator BPJS di Rumah Sakit Sari Mulia juga menyampaikan bahwa dalam pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan selalu mampu diselesaikan baik klaim reguler atau klaim pending. Kedua Administrator menjelaskan bahwa Koordinator administrasi pengajuan klaim memberikan pengaruh yang cukup besar karena memberikan banyak bimbingan terhadap segala permasalahan yang timbul untuk di tangani oleh kedua Administrator BPJS sehingga mengurangi stress kerja yang dihadapi oleh Administrator BPJS. *Reward* juga sering diberikan oleh Koordinator administrasi BPJS sehingga memberikan banyak motivasi mereka dalam bekerja dan membangun lingkungan kerja yang lebih baik.

2. Kendala yang Dihadapi Administrator BPJS dalam Menyelesaikan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pelayanan Rawat Jalan

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia, adapun beberapa kendala yang dihadapi Administrator BPJS dalam menyelesaikan tahapan klaim sehingga dapat diajukan kepada BPJS Kesehatan. Secara umum, kendala yang dihadapi berdasarkan yang disampaikan oleh kedua Administrator BPJS adalah

berkaitan dengan melengkapi berkas pada kelengkapan klaim pelayanan rawat jalan. Contohnya resume medis yang belum di isi oleh dokter, hal tersebut membuat Administrator BPJS kewalahan karena perlu melakukan pengecekan ke bagian pendaftaran rawat jalan di klinik, mendatangi asisten dokter untuk dimintakan kepada DPJP atau dokter penanggung jawab pasien yang melakukan pemeriksaan.

Adapun kendala lainnya yang dihadapi berdasarkan wawancara kepada Koordinator administrasi klaim bahwa kendala yang dihadapi dalam pengajuan klaim termasuk pada pelayanan rawat jalan adalah karena SIMRS atau *billing system* komputerisasi Rumah Sakit Sari Mulia yang belum satu server yang dalam *form* pendaftaran tersebut tidak terhubung dengan satu sama lain atau manual di masing-masing bagian pendaftaran, contohnya pada klinik laboratorium radiologi, apotik punya aplikasi pendaftaran sendiri, dan bagian lain memiliki aplikasi pendaftaran lain lagi, sehingga penarikan data yang dilakukan agak sulit karena ada data yang tidak sama disebabkan tiap bagian dalam setiap bagian pada klinik memiliki kriteria persyaratan pendaftaran masing-masing yang berbeda. Berkaitan dengan sistem komputerisasi, administrator menyampaikan bahwa kendala lainnya saat data nama pasien rawat jalan berbeda dengan data nama pasien yang di input oleh laboratorium, dikarenakan *form* yang ada di laboratorium tidak ada kolom untuk input nomer SEP pasien BPJS Kesehatan sehingga terjadi kesulitan pada saat input laporan laboratorium karena harus mencari nama yang sesuai dengan tanggal pasien berobat.

C. Analisis Data

1. Gambaran Kinerja Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia dalam Menyelesaikan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan kepada BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian analisis deskriptif kualitatif, kinerja Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia mempunyai tanggapan yang positif oleh informan. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia dinilai berdasarkan keterangan informan dan analisis, ternyata para Administrator memberikan kinerja yang baik dalam melaksanakan tugas *sesuai job description* masing-masing.

Tahapan atau Prosedur hingga terselesaikan klaim agar dapat diajukan kepada BPJS Kesehatan, keseluruhannya dapat dikerjakan dengan baik oleh para Administrator BPJS sesuai dengan ketentuan yang dibuat dalam *Job description* tertulis. Mereka lekas mengerti terhadap situasi kerja yang dihadapi, walaupun kedua Administrator bukan berasal dari latar belakang pendidikan yang berhubungan dengan administrasi atau hal-hal yang berkaitan dengan program jaminan kesehatan, namun mereka dibimbing oleh Koordinator dengan latar belakang Pendidikan sarjana ekonomi jurusan akuntansi sehingga segala hal yang berkaitan dengan administrasi atau prosedur pengajuan klaim mendapat bimbingan yang sangat baik dari Koordinator BPJS.

Indikator pada pengukuran kinerja yang menjadi prioritas utama untuk menilai kinerja, apabila ada aspek yang tidak terpenuhi dan tidak baik dalam

pengukuran kinerja tersebut maka akan berpengaruh pada penilaian kinerja. Berikut adalah analisis kinerja menggunakan teori ukuran indikator kinerja menurut Moehariono yang dikutip oleh (Abdullah, 2014) Berdasarkan indikator efektif, efisien, kualitas, ketepatan waktu, produktivitas, dan keselamatan yang dianalisis, seluruh Administrator berkinerja dengan baik seperti penjelasan indikator berikut:

a. Efektif

Menurut (Abdullah, 2014), efektif merupakan indikator yang mengukur derajat kesesuaian antara yang dihasilkan dengan keinginan yang dicapai. Indikator efektivitas ini menjawab pertanyaan mengenai apakah tenaga kerja atau karyawan dapat menghasilkan sesuatu yang sudah benar atau sesuai dengan hasil yang diharapkan dalam kecepatan tertentu diimbangi dengan penggunaan waktu terhadap penyelesaian tugas dan tanggung jawabnya.

Adapun ukuran efektif dinilai berdasarkan standar pengajuan klaim oleh BPJS Kesehatan menurut perjanjian kerjasama (PKS) Nomor: 186/KTR/VIII-04/1220 halaman 56 yaitu minimal 75% dari jumlah SEP yang terbit dalam 1 bulan pelayanan.

Berdasarkan analisis, penyelesaian pengajuan klaim oleh Administrator BPJS di Rumah Sakit Sari Mulia sudah baik karena dilakukan dengan efektif berdasarkan standar pengajuan klaim yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari hasil kerja Administrator dalam

kecepatan tertentu diimbangi dengan penggunaan waktu terhadap penyelesaian tugas dan tanggung jawabnya.

Adapun implementasi dalam pengajuan klaim yaitu klaim mampu diajukan lebih dari 75% atau sebanyak 98%-99% dari jumlah SEP yang terbit pada tahun 2021. Jadi dapat disimpulkan bahwa jumlah klaim yang diajukan sudah sesuai dengan ketentuan yang dibuat oleh BPJS Kesehatan dengan standar bahwa klaim harus diajukan minimal 75% dari jumlah SEP yang terbit pada bulan pelayanan atau bulan dimana Rumah Sakit Sari Mulia memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN-KIS.

b. Efisien

Menurut (Abdullah, 2014), Efisien merupakan indikator yang mengukur derajat kesesuaian mulai proses hingga mencapai hasil kerja yang diharapkan. Indikator efisien ini menjawab pertanyaan mengenai apakah tenaga kerja atau karyawan melakukan pekerjaan dengan benar atau sesuai dengan ketentuan dengan tidak membuang tenaga mereka dalam bekerja serta waktu yang digunakan. Hal ini akan menunjukkan sejauh mana mutu karyawan dalam melaksanakan tanggung jawab terhadap tugas-tugasnya meliputi ketepatan, kelengkapan dan kerapian hingga mendapatkan *input* yang baik.

Berdasarkan analisis, penyelesaian pengajuan klaim oleh Administrator BPJS di Rumah Sakit Sari Mulia sudah efisien berdasarkan standar pengajuan klaim yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan serta

memenuhi faktor penentu untuk pengajuan klaim yang baik dari hasil verifikasi BPJS Kesehatan. Implementasi pengajuan klaim oleh rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan dapat diartikan bahwa dalam tahapan hingga penyelesaian pengajuan klaim yang dilakukan haruslah tepat, dokumen yang diperlukan untuk persyaratan pengajuan klaim harus lengkap, serta berkas fisik tersusun rapi sesuai urutan nomer dan tanggal SEP yang dikeluarkan.

Berdasarkan analisis, Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia mampu melaksanakan tanggung jawab terhadap tugas-tugasnya meliputi ketepatan dalam melaksanakan *job description*, kelengkapan dan kerapian dalam menyelesaikan pemberkasan pada pengajuan klaim pelayanan rawat jalan. Kelengkapan berkas pendukung pengajuan klaim begitu penting sebagai syarat pengajuan klaim, sebagaimana menurut (Manaida dkk., 2017) bahwa berkas yang kurang lengkap dari segi isinya akan mengakibatkan klaim pending atau berkas klaim dikembalikan oleh BPJS Kesehatan.

Pemberkasan juga selalu disusun rapi karena hal tersebut mempermudah mereka dalam memasukan lembar tagihan yang keluar dari INA CBG'S karena INACBG'S mengurutkan daftar tagihan berdasarkan nomer urut SEP. Administrator banyak melakukan inisiasi dalam pengecekan ke bagian pendaftaran rawat jalan di klinik apabila ada *resume* medis yang tidak terisi oleh dokter, kemudian menelusuri apakah pasien benar berobat dengan mencari bukti tertulis dari dokter penanggung jawab

pasien (DPJP). *Resume* medis merupakan salah satu kelengkapan berkas yang menjadi indikator dalam penyelesaian pengajuan klaim karena berkas tersebut yang menentukan persyaratan kelengkapan berkas lainnya.

c. Kualitas

Menurut (Abdullah, 2014), kualitas merupakan indikator yang mengukur derajat kesesuaian antara produk/jasa yang dihasilkan dengan kebutuhan yang diharapkan.

Kualitas dalam implementasi pengajuan klaim merupakan indikator yang mengukur derajat kesesuaian antara klaim yang mampu diajukan dengan hasil verifikasi klaim dari Verifikator BPJS Kesehatan. Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia mampu menjalankan tanggung jawab pekerjaan dengan maksimal atau setiap tahapan dalam prosedur pengajuan klaim sesuai *job description* masing-masing walaupun masih terdapat klaim yang pending. Seluruh Administrator sudah berkinerja dengan baik dalam pemenuhan persyaratan kelengkapan berkas pengajuan klaim agar berpengaruh positif terhadap klaim yang bisa diajukan kepada BPJS Kesehatan dan hasil verifikasi yang didapatkan.

Berdasarkan analisis dokumen yang dilakukan, hanya terdapat sedikit klaim dengan status pending diantara hasil verifikasi oleh BPJS Kesehatan yaitu antara 1-16 kasus pada setiap bulan pada tahun 2021 diantara presentase jumlah klaim yang diajukan yaitu diantara rentang 3500-5500

kasus, kasus klaim pending yang paling banyak hanya terjadi pada hasil verifikasi pada bulan pelayanan oktober yaitu sebanyak 68 kasus.

Berdasarkan analisis, juga ditemukan inisiatif yang dilakukan oleh Administrator BPJS secara individu yang mempengaruhi kualitas kinerja yang dilakukan, sebagaimana menurut (Thapa & Singh, 2020) bahwa personal juga bertanggung jawab untuk menentukan pertumbuhan dan ketahanan kinerja karyawan yang baik.

d. Ketepatan waktu

Menurut (Abdullah, 2014), ketepatan waktu merupakan indikator yang mengukur waktu pekerjaan yang diselesaikan dengan benar secara tepat waktu. Indikator ini maksudnya adalah apakah pekerjaan yang dilakukan itu mampu diselesaikan dengan mengikuti tenggat waktu yang telah ditetapkan atau menjadi aturan.

Berdasarkan analisis, Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia dalam menyelesaikan pengajuan klaim rawat jalan kepada BPJS Kesehatan itu untuk beberapa bulan sudah mengikuti standar penetapan waktu dari BPJS Kesehatan. Adapun ketentuannya yaitu maksimal tanggal 15 pada bulan berikutnya. Waktu penyelesaian pengajuan klaim oleh Administrator BPJS di Rumah Sakit Sari Mulia, 8 dari 12 bulan pelayanan di tahun 2021 mampu diajukan tepat waktu yaitu maksimal tanggal 15 pada bulan berikutnya. Adapun pada bulan April dan November diajukan pada tanggal 16, bulan mei pada tanggal 24, sedangkan pada akhir tahun pada 17 januari.

Keterlambatan tersebut berdampak baik terhadap hasil verifikasi BPJS Kesehatan karena klaim pending yang didapatkan lebih sedikit.

e. Produktivitas

Menurut (Abdullah, 2014), produktivitas merupakan indikator yang mengukur tingkat efektivitas suatu organisasi/tim. Produktivitas tim maksudnya adalah bagaimana produktivitas kerja setiap individu yang bekerjasama dalam suatu tim dalam berkinerja sesuai dengan perbandingan kualitas dan kuantitas untuk mencapai hasil yang efektif dan efisien.

Berdasarkan analisis, tingkat efektivitas yang dilakukan setiap Administrator dalam suatu tim dalam pengajuan klaim pelayanan rawat jalan sudah berkinerja secara produktif sebagai tim. Kedua Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia dalam Pengajuan klaim sebagai tim berkinerja secara produktif karena job description mereka sama-sama berkaitan dan juga untuk mendapatkan hasil yang memuaskan dalam pelaksanaan pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan kepada BPJS Kesehatan. Kedua Administrator mampu menyelesaikan salah satu tahapan dalam pengajuan klaim yang mana tahapan yang telah dilaksanakan tersebut akan membantu terselesaikannya tahapan yang lain.

Produktivitas merupakan dimensi yang sangat penting bahkan menjadi komponen yang penting dalam manajemen sumber daya insani sebagaimana yang dijelaskan oleh (Jusmaliani, 2011).

f. Keselamatan

Menurut (Abdullah, 2014), keselamatan merupakan indikator yang mengukur kesehatan organisasi secara keseluruhan baik kondisi pekerjaan atau lingkungan kerja karyawan berdasarkan aspek kesehatan mental. Indikator ini yang mengukur kesehatan mental karyawan dalam bekerja atau bagaimana tingkat kesulitan dalam bekerja berpengaruh terhadap kesehatan mental karyawan.

Stress kerja merupakan faktor yang tidak dapat dipungkiri dalam dunia kerja. Indikator kesehatan organisasi atau lingkungan kerja akan mempengaruhi kesehatan mental Administrator dalam bekerja. Implementasi pengajuan klaim oleh Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia khususnya berkaitan dengan penanganan klaim yang pending bulan sebelumnya, karena memiliki kriteria perbaikan yang berbeda-beda sehingga mempengaruhi kesulitan yang dihadapi oleh Administrator. Dapat dianalisis bahwa kinerja Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia dalam menyelesaikan pengajuan klaim reguler dan klaim pending memang mengalami kesulitan, namun seluruh klaim bisa diselesaikan secara bertahap serta dibimbing oleh Koordinator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia.

Berdasarkan penyajian data, dapat dianalisis bahwa Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia dalam menyelesaikan pengajuan klaim reguler dan klaim pending memang mengalami kesulitan, namun seluruh klaim bisa diselesaikan secara bertahap serta mendapat pengaruh yang besar karena dibimbing oleh Koordinator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia.

Sebagaimana menurut (Paais & Pattiruhu, 2020) kepemimpinan memiliki pengaruh yang penting juga pada suatu kegiatan organisasi.

2. Kendala-Kendala yang Dihadapi Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia dalam Menyelesaikan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan kepada BPJS Kesehatan

Berdasarkan analisis dalam beberapa jenis-jenis kendala yang disampaikan oleh Hansen dan Mowen, hanya kendala eksternal yang menjadi kendala Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan kepada BPJS Kesehatan. Persyaratan administrasi seperti resume medis yang menjadi kendala untuk dilengkapi adalah faktor bagian dari kewajiban dokter yang bertanggung jawab atau DPJP untuk mengisi secara lengkap. Sehingga Administrator BPJS tidak menjadikan hal tersebut penghambat dalam menyelesaikan berkas klaim untuk melakukan pengecekan ke bagian pendaftaran rawat jalan di klinik, mendatangi asisten dokter untuk dimintakan kepada DPJP atau dokter penanggung jawab pasien yang melakukan pemeriksaan.

Berdasarkan analisis, dalam pemenuhan penggantian biaya pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan dalam Manajemen Informasi Kesehatan V “Sistem Klaim dan Asuransi Pelayanan Kesehatan” menurut Kementerian kesehatan Republik Indonesia secara umum kendala yang dihadapi oleh Administrator BPJS diantara keempat poin a, b, c, d hanya pada poin d yang menjadi kendala Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim

pada pelayanan rawat jalan Rumah Sakit Sari Mulia yaitu melengkapi berkas klaim pada pelayanan rawat jalan karena resume medis yang belum di isi oleh dokter. Isian resume medis merupakan faktor penentu terselesaikannya pengajuan klaim serta mendapat hasil yang baik dari hasil verifikasi oleh BPJS Kesehatan karena resume medis menentukan kelengkapan berkas dalam pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Adapun kendala baru yang ditemukan adalah berkaitan dengan teknologi yang dimiliki karena sistem informasi manajemen rumah sakit atau disingkat SIMRS atau *billing system* komputerisasi yang belum satu server atau manual di masing-masing bagian. Penarikan data cukup sulit dilakukan dan menjadi kendala Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia karena ada data yang tidak sama yang disebabkan karena tiap bagian memiliki kriteria persyaratan pendaftaran masing-masing. Sebagaimana *billing system* menjadi kendala menurut penelitian (Malonda, 2015) bahwa *billing system* diperlukan sistem dasar dalam pengolahan transaksi yang akan mempermudah sekaligus mempercepat proses pembuatan rincian pasien untuk kelengkapan dokumen klaim. SIM-RS yang satu server menjadi bahan pertimbangan perbaikan rumah sakit untuk bridging ke server BPJS atau yang terhubung di semua bagian Rumah Sakit Sari Mulia.