



Factors Delayed of Insurance Claim Service Process (BPJS) at Annisa Pekanbaru Maternity Hospital

Faktor-Faktor Keterlambatan Proses Pelayanan Klaim Asuransi (Bpjs) Di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru

Nur Maimun¹, Rahimul Rifqi²

^{1,2} STIKes Hang Tuah Pekanbaru

ABSTRACT

Claims of national health insurance is a series of activities to research and prove that there have been reasonable transactions and ordinary and making payments appropriate at a predetermined time. The purpose of this research was to find out the factors service process claims of health insurance in maternity hospital Pekanbaru subjects. This was a qualitative study. There were 3 informants from this research. The data collection was used observation and interviews. The results of the study indicate that the process of filing a claim is to prepare a claim file which will be verified by an administrative officer who if approved, the claim submission form will be printed, and then the claim can be paid. To standard procedures of these hospital policies was there but from Health of Ministry there has been not yet. Human resources service process insurance claims color according to diagnose Indonesian Code Disease 10 and analysis document completeness. Facilities in-service process claims are not enough and the documents will be decoding died and every day. And analyze the completeness of documents. As a conclusion, the obstacles that existed during the implementation of the National Health insurance claim service process were not running optimally, including delays in the National Health insurance claim service process. For the standard procedures, the insurance claim service process for National Health Insurance is already available, but the role of the Health Ministry does not yet exist. Facilities are still lacking. While the files that are coded every day there are fifty pieces. Human resources need to be increased so that the implementation is optimal.

ABSTRAK

Klaim asuransi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah serangkaian kegiatan untuk meneliti dan membuktikan bahwa telah terjadi transaksi yang wajar dan biasa serta melakukan pembayaran yang sesuai pada waktu yang telah ditetapkan. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor keterlambatan proses pelayanan klaim asuransi kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru. Metode penelitian adalah kualitatif dengan teknik Systematic Sampling. Informan penelitian terdiri 3 orang yakni 1 orang kepala instalasi rekam medis, 1 orang petugas klaim, 1 orang petugas rekam medis, Pengumpulan data dilakukan dengan metode pengamatan/observasi, wawancara. Hasil penelian menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim yakni menyiapkan berkas klaim yang akan diverifikasi oleh petugas administrasi yang apabila disetujui maka formulir pengajuan klaim akan dicetak lalu klaim dapat dibayarkan. Untuk standar operasional prosedur dari kebijakan rumah sakit sudah ada namun dari kemenkesnya belum ada. Sumber daya manusia proses pelayanan klaim asuransi bertugas mengkode diagnosa sesuai Indonesian Code Diseases 10 dan melakukan analisis kelengkapan berkas. Fasilitas dalam proses pelayanan klaim masih kurang memadai sedang berkas yang akan dikoding berjumlah lima puluh berkas setiap harinya. Sebagai kesimpulan bahwa kendala yang terdapat pada saat pelaksanaan proses pelayanan klaim asuransi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial belum berjalan dengan optimal diantaranya sering terjadi keterlambatan dalam proses pelayanan klaim asuransi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Untuk standar operasional prosedur proses pelayanan klaim asuransi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yaitu sudah ada namun dari kemenkesnya belum ada. Fasilitasnya masih kurang. Sementara berkas yang dikoding setiap harinya ada lima puluh buah. Sumber daya manusianya perlu ditambah agar pelaksanaannya menjadi optimal.

Keywords : Delayed, Service process for National Health insurance claims, Hospital.

Kata Kunci : Keterlambatan, Proses pelayanan klaim asuransi BPJS, Rumah Sakit.

Correspondence : Nur Maimun

Email : nurmaimun83@gmail.com , 0813565722908

• Received 02 Juli 2020 • Accepted 10 Agustus 2020 • p - ISSN : 2088-7612 • e - ISSN : 2548-8538 •

DOI: <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol6.Iss2.548>

Copyright ©2017. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative

Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

which permits unrestricted non-commercial used, distribution and reproduction in any medium

PENDAHULUAN

Sistem kesehatan mulai berubah seiring berjalannya waktu dan menyesuaikan dengan perkembangan zaman. Sistem asuransi semakin berkembang di kalangan pelayanan medis. Sistem ini membentuk biaya pelayanan yang pembiayaan tanpa batas menjadi pembiayaan pelayanan kesehatan terkontrol, terprogram dan terukur. Dengan sistem asuransi ini masyarakat tidak perlu takut akan biaya kesehatan yang tidak terduga. Masyarakat cukup dengan membayar uang asuransi yang biasa disebut iuran atau premi dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan asuransi sosial yang disahkan oleh undang-undang No.40 tahun 2004. Sistem ini dikelola oleh suatu badan yang ditetapkan oleh undang-undang yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan dibagi menjadi 2 yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

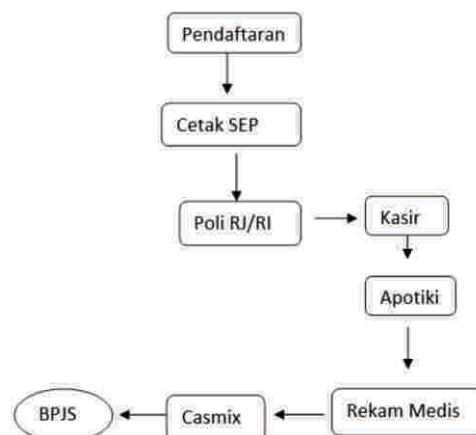
BPJS Kesehatan ini sama halnya dengan asuransi kesehatan bekerjasama dengan fasilitas kesehatan baik dokter, klinik dan rumah sakit. Untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan anggota keluarganya kepesertaan BPJS dibedakan menjadi peserta BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan bukan peserta BPJS PBI. Fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus menyetujui perjanjian kerja sama dengan BPJS kesehatan serta memenuhi ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Untuk Fasilitas Rujukan Tingkat Lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INACBG (Undang-Undang No 24 tahun 2011).

Penggunaan sistem paket INACBG menjamin pasien mendapatkan pelayanan yang maksimal dari rumah sakit tanpa tambahan biaya karena pasien tidak lagi mendapatkan pelayanan lain selain sesuai dengan diagnosanya dan pasien tidak boleh mengeluarkan biaya apapun untuk rumah sakit. Hal tersebut menjadikan rumah sakit harus memberikan pelayanan maksimal dan memperoleh pembiayaan yang efektif. Pelayanan kesehatan mutu yang baik dan biaya terjangkau menjadi harapan bagi seluruh masyarakat. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, menyebutkan rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripura yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat (Herlambang, 2016).

Dalam buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS (2014) menyatakan bahwa prosedur pelayanan untuk pasien rawat inap adalah peserta melakukan pendaftaran ke rumah sakit dengan membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat dan peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk rumah sakit, setelah

itu petugas rumah sakit melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP.

Rumah Sakit Bersalin Annisa telah melakukan kerja sama dengan BPJS tanggal 8 Februari 2016 dengan memberikan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat, adapun dalam penagihan klaim di Rumah Sakit Bersalin Annisa sudah memiliki alur hal ini terlihat pada gambar berikut:



Gambar 1.1

Alur Klaim Rawat Jalan dan Rawat Inap

Sumber: Alur Klaim Rawat Jalan dan Rawat Inap di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru

Berdasarkan alur klaim gambar 1.1 bahwa pasien yang berobat datang ke bagian pendaftaran BPJS untuk mengisi identitas pasien dengan membawa persyaratan lengkap daftarkan ke SIMRS, untuk mencetak Surat Eligibilitas Pasien (SEP), rekam medis pasien dibawa ke poliklinik beserta resume medis diisi langsung dengan dokter dan pasien mendapatkan pelayanan, selesai pelayanan pasien menunggu untuk dipanggil di bagian kasir untuk tanda tangan Surat Eligibilitas Pasien (SEP) dan Kwitansi pembayaran, pasien mendapatkan obat, berkas rekam medis diserahkan ke rekam medis untuk dikoding dan kemudian diserahkan ke bagian pengklaiman/casemix untuk proses pengklaiman ke BPJS.

Berdasarkan survei awal di Rumah Sakit Bersalin Annisa diperoleh informasi adanya keterlambatan proses pelayanan klaim asuransi BPJS, apabila proses klaim BPJS di rumah sakit bersalin Annisa terlambat ke pihak asuransi BPJS, maka pihak asuransi BPJS akan memperlambat membayar klaim ke pihak rumah sakit bersalin Annisa dan akan mempengaruhi keuangan rumah sakit bersalin Annisa untuk menutupi keuangan yang dibutuhkan rumah sakit bersalin Annisa. Klaim BPJS pasien sering lupa membawa surat kontrol ulang, berkas rekam medis yang tidak lengkap seperti tanda tangan dokter, diagnosa yang tidak diisi, dan Surat Eligibilitas Pasien (SEP) bermasalah dikarenakan pasien ada yang menunggak pembayaran iuran BPJS, dan untuk pengklaiman BPJS Rumah Sakit Bersalin Annisa hanya mempunyai satu komputer yang digunakan dalam mengajukan

klaim. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui faktor-faktor keterlambatan proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru.

METODE

Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yang dilakukan di ruangan Casemix dan ruang rekam medis. Metode penelitian adalah kualitatif dengan dengan teknik Systematic Sampling. Data diperoleh langsung dari informan terdiri dari 3 orang, yaitu 1 orang kepala instalasi rekam medis, 1 orang petugas klaim, 1 orang petugas rekam medis. Metode pengumpulan data dengan cara pengamatan/observasi, wawancara, dan penelusuran dokumen.

Teknik pengolahan dan analisis data menggunakan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Analisis data dilakukan dengan content analysis, yakni melalui tahapan pengumpulan data, pengkategorian, perbandingan, penyatuan data dan penafsiran data. Dalam penelitian ini menggunakan triangulasi sumber (3 orang informan), triangulasi teknik/metode (wawancara, observasi dan telusur dokumen), dan triangulasi data (crosscheck kembali data yang sudah diperoleh).

HASIL

1. Hasil Observasi dan wawancara

a. Observasi

Dari hasil observasi yang dilakukan peneliti dengan cara pengamatan atau penilaian langsung terhadap SOP dan persyaratan klaim asuransi BPJS Pengamatan terhadap SOP di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru dalam pelayanan klaim asuransi BPJS tidak memiliki SOP. Untuk persyaratan klaim asuransi BPJS dibutuhkan Formulir keterangan medik, foto copy resep, dan formulir-formulir penunjang diagnostik yang dilakukan, sementara foto copy kartu peserta yang masih berlaku tidak dibutuhkan. dilihat dari tabel 1 berikut:

Tabel 1. Pedoman Observasi

Kegiatan	Keterangan	
	Ya	Tidak
Persyaratan Klaim Asuransi (BPJS)		
1) Foto copy kartu peserta yang masih berlaku.		√
2) Formulir keterangan medik:		
a) Identitas pasien.		√
b) Tanggal pemeriksaan.		√
c) Diagnosa.		√
d) Tindakan yang dilakukan/tindakan khusus.		√
e) Rincian biaya.		√
f) Tanda Tangan dokter yang memeriksa dan tanda tangan pasien.		√
3) Foto copy resep.		√
4) Formulir-formulir penunjang diagnostik yang dilakukan.		√
SOP (Standar Operasional Prosedure)		
1) Menerima permintaan pelayanan klaim secara tertulis dan atas pemerintah keadilan.	√	

b. Wawancara

Karakteristik Informan

Karakteristik informan penelitian ini terdiri dari 3 orang yaitu: Kepala rekam medis, Petugas Klaim dan Petugas Unit RM

Tabel 2. Karakteristik Informan Penelitian

Jabatan	Latar Belakang Pendidikan	Kode Informan
Kepala Instalasi RM	D3 Rekam Medis	I
Petugas Klaim	D3 Rekam Medis	II
Petugas Unit RM	D3Rekam Medis	III
Total		3 Orang

Dari tabel 2 dijelaskan bahwa informan dalam penelitian ini adalah satu orang kepala instalasi rekam medis, petugas klaim dan petugas unit rekam medis.

c. Wawancara

1. Persyaratan pengajuan klaim proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS)

Dari hasil wawancara persyaratan pengajuan klaim proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS) dirumah Sakit Bersalin Annisa Tidak membutuhkan banyak syarat yang harus dipenuhi, pasien hanya cukup membawa nomor BPJS yang ada di SEP dan resume medisnya. Sementara untuk waktu persyaratannya diajukan oleh provider serta pengajuan klaim dilakukan setiap tanggal 8 setiap bulannya. Untuk proses persyaratannya dimulai dari menyiapkan berkas klaim berupa file txt (mengimport file rekap text), selanjutnya di verifikasi oleh bagian administrasi, apabila disetujui maka formulir pengajuan klaim akan dicetak lalu klaim dapat dibayarkan. Hal ini terlihat dari pernyataan informan sebagai berikut:

“Waktu ngajuin klaim biasanya kalo sekarangkan gak pake fotocopy KTP sama KK sama BPJS pasien jadi itu gak perlu yang penting ada nomor BPJSnya pasien itu di SEPnya nantik kemudian nantik ada resume medis terus kalau misalnya ada pemeriksaan fisik kek laboraterium disertakan disitu itu aja sih gak ada yang lainnya” (Informan 1 dan 3).

“ehm kalo dirumah sakit ini jadwalnya ditanggal 8 biasanya itu udah paling lama setiap bulannya” (Informan 2).

2. Standar Operasional Prosedure (SOP) proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS)

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi tentang Standar Operasional Prosedure (SOP) proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa, Belum ada SOPnya dikarenakan dari pihak Kemenkesnya belum membuat SOP prosedure pelayanan klaim asuransi (BPJS). Hal ini menyebabkan pelaksanaan klaim asuransi BPJS belum berjalan dengan baik. Hal ini terlihat dari pernyataan informan sebagai berikut:

“Kalau di rumah sakit ini kan belum ada SOPnya tu karna dari Kemenkesnya juga belum ada jadi kita belum belum buat” (informan 1).

“ee karna belum ada sih jadi belum baik” (informan 2 dan 3).

3. Sumber Daya Manusia (SDM) proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS)

Berdasarkan hasil wawancara terhadap Sumber daya manusia (SDM) proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa. Sangat kurang karna petugas rekam medis khusus untuk koding itu hanya dua orang, sehingga membuat pekerjaan pengkodean sedikit terbengkalai. Sementara untuk lama petugas mengkode selama satu bulan, untuk pelayanan klaim asuransi lebih kurang lima belas hari. Peran petugas koding dalam proses pelayanan klaim adalah mengkode diagnosa sesuai ICD 10, melakukan analisis kelengkapan berkas, seperti tulisan dokter. Hal ini terlihat dari pernyataan informan sebagai berikut:

“iya jadi kalau misalnya eh SDM nya yang khusus koding Cuma dua, jadi itu sangat kurang, kurang sekali” (Informan 1 dan 2)

“Kalau kodingnya ehm lama bisa satu bulan tapi kalau untuk nekalaim kesana untuk proses pembayaran itu sekitar limabelas hari (Informan 3)

“sering mengikuti pelatihan lebih dari 10 kali dek” (Informan 1,2,3)

4. Fasilitas dalam proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa

Berdasarkan hasil wawancara terhadap fasilitas dalam proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa. Masih kurang memadai karna masih banyak fasilitas yang kurang dari jumlah yang seharusnya seperti komputer khusus untuk koding dan printer klaim asuransi hanya satu buat sementara berkas yang ingin dikerjakan ada banyak. Hal ini terlihat dari pernyataan informan sebagai berikut:

“Kalau misalnya fasilitas sih masih kurang pastikan kayak komputer yang khusus untuk koding aja cuman satu terus printer untuk klaim BPJSnya cuman satu padahal yang mau dibuat itu berkasnya banyak” (Informan 1, 2, dan 3).

PEMBAHASAN

1. Persyaratan pengajuan klaim proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS)

Hasil penelitian persyaratan pengajuan klaim proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS) di rumah Sakit Bersalin Annisa Tidak membutuhkan banyak syarat yang harus dipenuhi, pasien hanya cukup membawa nomor BPJS yang ada di SEP dan resume medisnya. Sementara untuk waktu pengajuan klaimnya dilakukan setiap tanggal 8 setiap bulannya. Untuk proses persyaratannya dimulai dari menyiapkan berkas klaim berupa file txt (mengimport file rekap text), selanjutnya di verifikasi oleh bagian administrasi, apabila disetujui maka formulir pengajuan klaim akan dicetak lalu klaim dapat dibayarkan.

Hasil penelitian Indrawati (2017) yang berjudul Studi Proses Pengajuan Klaim Pasien BPJS Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit

Umum Daerah kota Kendari Tahun 2017 menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa masalah dalam proses pengklaiman salah satunya adalah ketidaklengkapan berkas klaim. Ketidaklengkapan berkas klaim juga menjadi kendala pengajuan klaim.

Berkas klaim adalah semua data dan informasi mengenai identitas, surat perintah rawat inap, SEP, dan resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur pelayanan kesehatan serta di tanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien.

Prosesi klaim meliputi kegiatan verifikasi dan adjudikasi (pembayaran) serta melakukan investigasi bila dicurigai ada kecurangan-kecurangan, baik yang disengaja ataupun yang tidak disengaja (Ilyas, Y. (2006).

Menurut (Ilyas, Y. (2006) hampir seluruh perusahaan asuransi di Indonesia masih menggunakan klaim kit yang terdiri dari sejumlah formulir, identitas diri dan bukti transaksi yang telah terjadi, berikut adalah syarat yang biasanya harus dipenuhi pada proses klaim manual, dimana penagih klaim harus menyerahkan klaim secara lengkap kepada asuradur, antara lain :

- a) Foto copy kartu peserta yang masih berlaku.
- b) Formulir “keterangan medik” yang berupa
 - 1) Identitas pasien.
 - 2) Tanggal pemeriksaan.
 - 3) Diagnosa.
 - 4) Tindakan yang dilakukan/tindakan khusus.
 - 5) Rincian biaya.
 - 6) Tanda tangan dokter yang memeriksa dan tanda tangan pasien.
- c) Foto copy resep.
- d) Formulir-formulir penunjang diagnostik yang dilakukan.
- e) Kuitansi asli (disertakan materai sesuai ketentuan pemerintahan) dari PPK yang mengajukan klaim.

Proses pengajuan klaim dari pihak Rumah sakit ke asuransi:

- 1) Siapkan berkas klaim berupa file txt (mengimport file rekap text)
- 2) Berkas akan diverifikasi oleh petugas administrasi
- 3) Jika disetujui maka FPK (Formulir pengajuan klaim) akan dicetak
- 4) Klaim dapat dibayarkan

Kelengkapan persyaratan berkas klaim merupakan bagian penting dalam proses pengklaiman, penyebab ketidaklengkapan berkas pasien disebabkan ketidaklengkapan pengisian rekam medik. Berkas yang tidak lengkap akan berdampak terhadap keuangan rumah sakit, keterlambatan pembayaran berdampak pada mutu pelayanan sehingga tingkat kepuasan dapat menurun.

2. Standar Operasional Prosedur (SOP) proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS)

Hasil penelitian dan observasi tentang Standar Operasional Prosedur (SOP) proses pelayanan klaim asuransi kesehatan

(BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa, Belum ada SOPnya dikarenakan dari pihak Kemenkesnya belum membuat SOP prosedur pelayanan klaim asuransi (BPJS). Hal ini menyebabkan pelaksanaan klaim asuransi BPJS belum berjalan dengan baik.

Penelitian Feriawati, dkk 2015 yang berjudul "Faktor-faktor keterlambatan pengeklaiman BPJS di rumah sakit bhayangkara semarang" bahwa belum adanya Standar Operasional Prosedur pengajuan klaim dalam pelaksanaannya akan terdapat kendala – kendala yang terjadi pada saat klaim yaitu tidak adanya lembar verifikasi yang seharusnya diberikan dibagian pendaftaran.

(Tambunan, 2013) SOP pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standart yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan. Peran dan manfaat SOP sebagai pedoman didalam suatu organisasi adalah:

- a. Menjadi pedoman kebijakan yang merupakan dasar bagi seluruh kegiatan organisasi, secara operasional maupun administratif.
- b. Menjadi pedoman kegiatan-kegiatan organisasi, baik secara operasional maupun administratif.
- c. Menjadi pedoman untuk memvalidasi langkah-langkah kegiatan dalam organisasi.
- d. Menjadi pedoman terkait penggunaan formulir, dokumen, blanko, dan laporan yang dipergunakan dalam kegiatan-kegiatan organisasi.
- e. Menjadi pedoman penilaian efektifitas kegiatan organisasi.
- f. Menjadi pedoman mengintegrasikan kegiatan-kegiatan organisasi, untuk mampu mencapai tujuan organisasi.

3. Sumber Daya Manusia (SDM) proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS)

Hasil penelitian terhadap Sumber daya manusia (SDM) proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa. Sangat kurang karna kuantitas petugas rekam medis khusus untuk koding itu hanya dua orang, sehingga membuat pekerjaan pengkodean sedikit terbengkalai. Sementara untuk lama petugas mengkode selama satu bulan, untuk pelayanan klaim asuransi lebih kurang lima belas hari, Sementara untuk kualitas SDM dalam pekerjaan khusus pengkodean sudah optimal karna seluruh petugasnya berlatar belakang pendidikan Rekam medis dan setiap petugas telah mengikuti pelatihan untuk pembaruan ilmu BPJS. Peran petugas koding dalam proses pelayanan klaim adalah mengkode diagnosa sesuai ICD 10, melakukan analisis kelengkapan berkas, seperti tulisan dokter.

Feriawati, dkk 2015 yang berjudul "Faktor-faktor keterlambatan pengeklaiman BPJS di rumah sakit bhayangkara semarang" dari hasil penelitiannya menyatakan bahwa untuk SDM belum sesuai karena petugas klaim tersebut bukan perekam medis namun S1 Kesehatan Masyarakat, serta kurangnya SDM

karena di Rumah Sakit Bhayangkara hanya memiliki satu petugas klaim saja.

SDM kesehatan (Sumber Daya Manusia Kesehatan) adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan (Depkes RI, 2009).

Jumlah SDM sebagai faktor input dalam suatu kinerja rumah sakit. Sebagai analisis kinerja rumah sakit maka SDM menunjukkan bahwa rumah sakit tersebut telah meningkat dalam efisiensi dan kinerja rumah sakit. SDM yang terlibat dengan permasalahan klaim harus terampil dalam melihat dan meneliti setiap keinginan dari asuransi yang bekerja sama dengan penyedia pelayanan kesehatan karena hal tersebut akan berpengaruh kepada proses pembayaran klaim yang dilakukan.

KESIMPULAN

Proses pelayanan klaim asuransi kesehatan (BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru masih ada kendala/keterlambatan dilihat dari masih kurangnya sumber daya manusia khusus koding, fasilitas yang kurang dan belum adanya SOP prosedur pelayanan klaim asuransi (BPJS) belum ada. Disarankan agar RS membuat kebijakan SOP sehingga pekerjaannya jadi tidak terbengkalai. Perlu penambahan sumber daya manusia supaya pengerjaan koding sesuai tepat waktu, fasilitas printer klaim asuransi perlu ditambah agar pekerjaan klaim asuransi jadi lebih efisien.

Konflik Kepentingan

Tidak ada konflik kepentingan dalam penelitian ini

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih kami pada Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru serta ucapan terima kasih kepada responden dan semua pihak yang terlibat dan membantu sampai penelitian ini selesai.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. 2014. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Direktur Utama BPJS Kesehatan.
- Feriawati, dkk (2015). Faktor-Faktor Keterlambatan Pengeklaiman BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara. Semarang
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No 12 Tahun 2013. Tentang Jaminan Kesehatan.
- Herlambang. S (2016). Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Tambunan, M, R. (2013) Pedoman Penyusunan Standar Operating Procedures (SOP). Jakarta.
- Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009. Rumah Sakit.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem
Jaminan Sosial Nasional.