

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

Novita Nuraini¹⁾, Rossalina Adi Wijayanti¹⁾, Fitriana Putri²⁾, Gamasiano
Alfiansyah¹⁾, Atma Deharja¹⁾, Maya Weka Santi¹⁾

¹⁾ Prodi Rekam Medis, Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember

²⁾ Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Jember

ABSTRACT

Changes in paradigm of health services must be responded by hospital managers. Quality improvement and patient safety are the main factors that will affect the enhancement hospital performance in the BPJS period. Based on the preliminary study, it was found that many forms of BPJS claim requirements were incomplete in filling out. Data shows, there are some claim documents returned. Optimization of management in resolving pending claims through POAC. This research is a qualitative research, with the aim of seeking more information about the management functions that have been carried out. The study was conducted at Citra Husada Jember Hospital in May-September 2018 with unit of analysis is medical record unit. The process of resolving pending claims based on aspects of planning, organizing, actuating, and controlling is not going well. This is due to the absence of detailed work and job description, lack of motivation from the leader, and no clear schedule of leader supervision. Prepare an operational work plan for filling out the BPJS claim, compile work details and job description for BPJS hospitalization claims, compile SOPs for communication between officers, and compile a leader supervision schedule to facilitate staff to report information.

Keywords: Pending Claim, BPJS, Management

ABSTRAK

Perubahan paradigma pelayanan kesehatan harus disikapi oleh para pengelola rumah sakit. Peningkatan mutu dan patient safety menjadi faktor utama yang akan mempengaruhi peningkatan kinerja rumah sakit dalam era BPJS. Berdasarkan studi pendahuluan, ditemukan banyak formulir persyaratan klaim BPJS yang tidak lengkap dalam pengisiannya. Data menunjukkan masih ditemukan beberapa berkas klaim yang dikembalikan. Tujuan melakukan optimalisasi manajemen dalam penanganan klaim pending melalui POAC. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, dengan maksud menggali lebih dalam fungsi manajemen yang telah dilakukan. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Citra Husada Jember pada bulan Mei – September 2018 dengan unit analisis adalah unit rekam medis di rumah sakit tersebut. Proses penanganan *claim pending* berdasarkan aspek *planning*, *organizing*, *actuating*, dan *controlling* masih belum berjalan dengan baik. Hal tersebut diantaranya dikarenakan tidak adanya rincian pekerjaan dan job description, kurangnya motivasi dari pimpinan, dan tidak ada jadwal supervisi pimpinan yang jelas. Menyusun rencana kerja operasional dalam proses pengisian berkas persyaratan klaim BPJS, membuat susunan rincian pekerjaan dan *job description* dalam pengelolaan pengisian berkas persyaratan klaim BPJS rawat inap, menyusun SOP untuk memudahkan komunikasi antar petugas, dan menyusun jadwal supervisi pimpinan untuk mempermudah staf dalam melaporkan informasi yang harus dilaporkan.

Kata kunci: Klaim Pending, BPJS, Manajemen

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan di Indonesia mengalami perubahan paradigma dari semula pelayanan berbasis *fee for service* atau *out of pocket* menuju ke *managed care* dengan bertumpu *prospective payment* karena adanya BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Kondisi tersebut dimulai sejak diberlakukannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan dukungan Undang Undang No. 40 Tahun 2004. Perubahan paradigma tersebut harus disikapi oleh pengelola rumah sakit dengan peningkatan mutu dan *patient safety*. Peningkatan mutu dan *patient safety* merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja rumah sakit dalam era BPJS. Pelayanan sistem BPJS memerlukan pengelolaan rumah sakit dan sarana kesehatan yang efektif dan efisien.

Setiap rumah sakit dituntut memberikan pelayanan yang baik dengan sudah terstandarisasi. Keberhasilan rumah sakit memberikan pelayanan yang baik sangat ditentukan oleh seluruh pihak yang terlibat dalam sebuah pelayanan. Adanya kemajuan teknologi yang disertai dengan

penggunaan cara baru dalam bidang diagnostik dan terapeutik mengharuskan rumah sakit mempekerjakan berbagai profesi kedokteran dan profesi lainnya sehingga rumah sakit merupakan organisasi pelayanan kesehatan dengan padat karya (Ilyas, 2002).

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Proses klaim ini sangat penting bagi rumah sakit sebagai penggantian biaya pasien asuransi yang telah berobat. Fasilitas yang bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan harus mampu mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, dengan disertakan berkas-berkas persyaratan yang harus dilengkapi sesuai prosedur verifikasi BPJS kesehatan.

Tahun 2017 telah diberlakukan *vedika klaim* (*v-klaim*). *Vedika klaim* merupakan teknik verifikasi baru yang dilakukan BPJS atas klaim pelayanan rumah sakit terhadap peserta JKN

dengan tujuan verifikasi dan pembayaran lebih cepat dengan syarat semua berkas telah di klaim oleh BPJS Kesehatan. Apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim (Persi, 2016). Permasalahan proses klaim juga dapat mempengaruhi kegiatan operasional rumah sakit sebagai akibat dapat tidak tercukupinya data yang diperlukan (Pradani dkk, 2017).

Rumah Sakit Citra Husada Jember merupakan rumah sakit swasta kelas C di Kabupaten Jember. Banyak masyarakat memilih berobat pada Rumah Sakit Citra Husada karena rumah sakit ini berada di tengah kota dan memberikan pelayanan kesehatan serta memiliki layanan poli spesialis yang didukung dengan dokter serta berbagai layanan dan fasilitas. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Citra Husada di unit rekam medis rawat inap, ditemukan

beberapa masalah yang muncul pada proses persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap, yaitu banyaknya formulir persyaratan klaim BPJS yang tidak lengkap dalam pengisiannya, formulir INA CBGs sendiri juga memiliki beberapa kendala seperti tidak ada tanda tangan dokter yang merawat, diagnosa yang tidak dituliskan, ataupun catatan dokter pada formulir INA CBGs kurang lengkap, begitu juga dengan formulir resume medis memiliki masalah yang sama seperti formulir INA CBGs yaitu kurang lengkap dalam pengisiannya maupun tidak ada tanda tangan dokter setelah pelayanan pasien BPJS.

Hal tersebut disebabkan oleh kurang disiplinnya dokter dan perawat dalam mengisi berkas persyaratan klaim BPJS dan kurangnya koordinasi antara petugas rekam medis, dokter serta perawat. Kemenkes RI (2008) menyebutkan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Sehingga, sebetulnya sudah terdapat peraturan tentang pentingnya kelengkapan, namun masih ditemukan

permasalahan yang harus segera diselesaikan. Kondisi tersebut menunjukkan adanya ketidakefektifan terhadap proses pengajuan klaim BPJS.

Berdasarkan data observasi ditemukan beberapa berkas klaim yang dikembalikan dan disajikan pada Tabel 1.1.

Tabel 1.1. Data pengembalian bekas klaim Rumah sakit Citra Husada Jember Tahun 2017

Bulan	Jumlah Berkas klaim Rawat Inap yang di Kembalikan	Jumlah Berkas klaim Rawat Jalan yang di Kembalikan
Agustus	45 berkas	24 berkas
September	34 berkas	5 berkas
Oktober	22 berkas	5 berkas
November	10 berkas	7 berkas
Desember	34 berkas	10 berkas

Sumber: Rumah Sakit Citra Husada Jember, 2017

Berdasarkan Tabel 1.1 dapat diketahui adanya pengembalian berkas klaim. Hal ini tentunya berdampak pada penundaan atau kemunduran (*claim pending*). Kondisi tersebut menimbulkan penambahan beban kerja petugas rekam medis. Dikembalikannya berkas persyaratan yang tidak lengkap dari pihak *provider* BPJS ke pihak rekam medis membuat petugas bekerja dua kali.

Pelaksanaan klaim yang tepat terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit di era JKN sangatlah penting. Sangat diperlukan sebuah pengelolaan yang baik dari

setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik. Terry (2006) menyebutkan dalam mencapai sebuah sasaran (proses klaim yang baik) dapat menggunakan *planning* (Perencanaan), *organization* (Organisasi), *actuating* (Pelaksanaan), dan *controlling* (Pengawasan) melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Berdasarkan pendapat tersebut sebetulnya kegiatan di dalam Rumah Sakit memerlukan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya

lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Salah satunya manajemen dibutuhkan dalam mengatur semua kegiatan untuk proses era BPJS Kesehatan.

Berdasarkan uraian masalah yang terjadi di Rumah Sakit Citra Husada Jember penanganan klaim tunda (*Claim pending*) dapat dilakukan dengan melakukan optimalisasi kegiatan manajemen yang ada. Asumsinya, dengan berkas klaim yang lengkap tidak terjadi pengembalian.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Fokus penelitian mengkaji strategi dalam penanganan Penanganan *Claim Pending* Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 dengan menggunakan POAC. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Citra Husada Jember pada bulan Juli sampai dengan September Tahun 2018.

Unit analisis pada penelitian ini adalah unit rekam medis rawat inap. Objek penelitian ini bersumber dari berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Citra

Husada Jember. Subjek dalam penelitian ini adalah 5 orang informan, yaitu 2 orang petugas rekam medis, 1 petugas *verifikator* BPJS Rumah Sakit, 1 kepala dokter (komite medik), beserta 1 kepala perawat.

Variabel penelitian ini adalah aspek *Planning, Organizing, Actuating, Controlling, Claim* pasien BPJS rawat inap dan Strategi manajemen. Pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara, pedoman observasi, dan pedoman *brainstorming*. Analisis data dilakukan melalui tahapan: (a) Pengumpulan data; (b) Reduksi data; (c) Penyajian data; (d) Penarikan kesimpulan. Uji validitas data dilakukan dengan uji validitas internal melalui triangulasi sumber untuk mendapatkan sumber data dari petugas rekam medis, petugas *verifikator*, dokter dan perawat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan *planning* dalam penanganan *claim pending* pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 masih ditemukan ketidaklengkapan pengisian berkas persyaratan klaim BPJS pasien

rawat inap. Ketidaklengkapan pada formulir INA CBG's dan resume medis salah satu penyebabnya adalah dokter sering lupa dan lalai untuk mengisikan tanda tangan. Hal tersebut ditunjukkan oleh hasil wawancara berikut.

“TTD pada setiap berkas persyaratan, yang sering itu di resume medis dan INA CBG's”.

“TTD dokter dan nama stempelnya”.

(Informan 1 dan 3)

Hasil wawancara tersebut menunjukkan masih terdapat berkas persyaratan klaim BPJS yang masih kurang lengkap. Selanjutnya, dilakukan kegiatan observasi terhadap petugas dengan hasil sebagai berikut.

“Iya ada masih terdapat persyaratan yang kurang lengkap pengisiannya maupun jumlahnya.”

“Masih ada, biasanya di resume medis dan TDD dokter”.

(Informan 1, 2, 3, 4 dan 5)

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa perawat terkadang lupa membubuhkan sampul nama. Terkadang terdapat kesalahan diagnosa. Kesalahan tersebut berupa diagnosa terbalik antara primer dan

sekunder. Kondisi tersebut mengakibatkan berkas tidak dapat diklaimkan sehingga proses pencairan dana pun sempat tertunda. Salah satunya yang menyebabkan pengelolaan klaim BPJS kurang efektif dan masih menghadapi masalah ketidaklengkapan dalam pengisian adalah tidak ada rencana kerja yang terstandar dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS. Sehingga peneliti merekomendasikan susunan rencana kerja operasional dalam proses pengisian berkas persyaratan klaim BPJS.

Alasan menyusun rencana kerja operasional dalam proses pengisian berkas persyaratan klaim BPJS adalah selama ini masih belum memiliki pedoman dalam mengisi berkas (SOP), sehingga banyak ketidaklengkapan yang berakibat pada penundaan klaim. Pihak manajemen klaim BPJS tidak mempunyai SOP sebagai standar khusus yang membantu dalam pekerjaan dan lebih mengatur para petugasnya lebih disiplin. Adanya rencana kerja operasional dapat menekan angka ketidaklengkapan pengisian berkas

persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap, sehingga membuat proses pencairan dana dapat tepat waktu, mensosialisasi setiap petugas yang menangani berkas persyaratan dapat lebih disiplin dalam mengemban tugasnya, dan meminimalkan hambatan dan kelemahan tidak terjadi lagi sehingga kelengkapan pengisian berkas persyaratan klaim BPJS mampu mencapai 100%.

Kegiatan perencanaan meliputi membuat SOP khusus dalam pengisian berkas persyaratan klaim BPJS dan peraturan seperti *job description* yang lebih jelas dan dibuat lebih terstruktur, selanjutnya mensosialisasikan SOP atau peraturan lainnya tersebut kesemua petugas yang menangani berkas persyaratan klaim BPJS (verifikator BPJS rumah sakit, tim dokter, tim perawat dan tim koder BPJS/rekam medis). Mengadakan rapat yang lebih rutin minimal seminggu sekali untuk setiap petugas yang menangani berkas persyaratan klaim BPJS.

Selanjutnya menetapkan sasaran siapa saja organisasi yang bertanggung jawab dalam mengemban

tugas mengenai pengisian berkas persyaratan klaim BPJS. Sasaran tersebut merupakan tim pengendali yaitu tim perawat, tim dokter, coder atau rekam medis, beserta verifikator BPJS rumah sakit yang memiliki keahlian masing-masing sesuai tugasnya. Melakukan identifikasi sumber daya dalam proses pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap seperti komputer yang terintegrasi untuk memudahkan proses INA CBG's, lembaran berkas persyaratan klaim BPJS, hasil penunjang lainnya.

Kegiatan *organizing* dalam penanganan *claim pending* pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 dijabarkan dalam kegiatan merinci pekerjaan dan adanya *job description*. Sumarni dan Soeprianto (2010) menyebutkan kegiatan *organizing* merupakan suatu proses penciptaan hubungan antara berbagai fungsi, personalia dan faktor-faktor fisik agar semua pekerjaan yang dilakukan dapat bermanfaat serta terarah pada satu tujuan.

Hasil penelitian menunjukkan jika tidak adanya rincian pekerjaan dan

job description. Hanya ada gabungan antara keduanya yang ditulis dipapan tulis putih dan belum filekan. Sehingga tidak jelaskan rincian pekerjaan dan *job description* per masing-masing petugas sehingga hal tersebut membuat kombinasi pekerjaan antara semua petugas kurang baik. Hasil tersebut didukung dengan hasil wawancara berikut.

“Tidak ada, hanya saja petugas verifikator disini hanya 2 orang, dan dibantu oleh petugas rawat jalan jika pasien tersebut merupakan pasien rawat jalan. Jika rawat inap langsung dikirim ke pengendali jika berkas pada poli tertujuh telah selesai”.

“Tidak ada, hanya. Yang pasti kami lakukan memberikan pemeriksaan dan perawatan yang terbaik buat setiap pasien”.

(Informan 1 dan 2)

Rincian yang dimiliki perawat dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap hanya tertuang dalam bentuk bagan alur, dan belum difilekan. Pengisian berkas persyaratan klaim BPJS rawat inap petugas rekam medis mengisi beberapa berkas persyaratan diantaranya:

Formulir INA CGB's, surat pengantar dirawat, rincian obat, resume medis, hasil penunjang medis. Hal berikut atas ungkapan mengenai rincian pekerjaan dari perawat.

Rincian seluruh pekerjaan untuk rekam medis atau tim koder dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS yaitu berupa alur BPJS pasien rawat inap yang tertuang dalam masing-masing *job description* petugas. Dalam pengisian berkas persyaratan klaim BPJS rawat inap petugas rekam medis mengisi beberapa berkas persyaratan diantaranya. SEP, formulir INA CBG's, kartu BPJS, KTP, KK, surat rujukan, surat pengantar dirawat, rincian biaya, rincian obat, resume medis, hasil penunjang medis.

Berdasarkan hal di atas, peneliti merekomendasikan untuk membuat susunan rincian pekerjaan dan *job description* dalam pengelolaan pengisian berkas persyaratan klaim BPJS rawat inap. Robbins dan Judge (2008) menyebutkan tidak adanya *job description* (tidak jelas dan tidak lengkap) dapat membuat karyawan mengalami stress karena pekerjaannya

menjadi terlalu banyak, tidak punya waktu untuk menyelesaikan tugas, dan harus mengerjakan beberapa tugas sekaligus. *Job description* yang jelas dapat mempermudah untuk merinci seluruh pekerjaan atau berkas persyaratan klaim BPJS rawat inap yang dikerjakan untuk masing-masing petugas. Sehingga hubungan antara rincian pekerjaan dan *job description* dapat saling berhubungan, karena keduanya merupakan langkah-langkah dalam menyusun organisasi yang baik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan *actuating* dalam penanganan *claim pending* pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 ditemukan kurangnya motivasi petugas dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap oleh pimpinan. Hal ini dikarenakan tidak ada reward kepada petugas terhadap progres kerjanya yang baik dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS, dan memberikan hukuman atau teguran kepada petugas yang lalai. Hal itu ditunjukkan oleh hasil wawancara berikut.

“Untuk reward tidak ada. Tetapi hukuman ada seperti teguran dan itu banyak”.

“Jika reward tidak ada. Tetapi kalau hukuman ada dari pihak rumah sakit”.

(Informan 2, 4 dan 5)

Reward atau penghargaan dan hukuman oleh atasan kepada bawahan dapat dipandang sebagai upaya peningkatan motivasi (Notoatmodjo, 2007). Adanya motivasi dapat menyebabkan, menyalurkan, dan mendukung perilaku manusia supaya mau bekerja giat dan antusias mencapai hasil yang memuaskan (Hasibuan, 2007). Motivasi yang baik juga memunculkan komunikasi yang efektif. Selanjutnya, komunikasi yang efektif mampu memberikan arus timbal balik, sehingga menimalkan adanya *miss communication* dalam komunikasi antar petugas.

Tidak adanya SOP juga mempengaruhi berjalanya komunikasi efektif. SOP tersebut mempermudah pimpinan memberikan petunjuk bagi setiap petugas. Pemberian petunjuk tidak hanya pada kegiatan sosialisasi. Adanya petunjuk yang baik pimpinan mampu memberikan cara komunikasi

yang lebih efektif, sehingga mampu memunculkan motivasi bagi setiap petugas.

Hasil penelitian menunjukkan kegiatan *controlling* dalam penanganan *claim pending* pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 masih kurang efektif untuk menilai hasil kerja setiap petugas, mengetahui proses kerja dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS, dan mengetahui sebab-sebab terjadinya permasalahan.

Setiap petugas yang bertugas dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap haruslah mempunyai buku catatan sendiri untuk menuliskan berkas yang tidak lengkap sebagai tanggung jawabnya, sehingga setiap petugas mempunyai laporan sendiri-sendiri yang dipertanggung jawabkan. Jadwal untuk pengamatan langsung oleh pimpinan pun harus lebih jelas sehingga mempermudah staf untuk melaporkan informasi yang harus dilaporkan. Hal tersebut ditunjukkan oleh hasil wawancara berikut.

“Tidak ada jadwalnya juga supervisi langsung.”

“Tidak ada, karena pimpinan bisa sewaktu-waktu datang keruangan kami”.

(Informan 2 dan 5)

Adanya jadwal tetap memberikan kesempatan pimpinan atau ketua pengendali BPJS (Dokter) dapat mengukur keberhasilan program atau tujuan yang sudah ditetapkan. Menurut Muninjaya (2004) proses pengawasan membandingkan hasil yang telah dicapai dengan tolak ukur (standar) yang telah ditetapkan sebelumnya, standar atau tolak ukur adalah rencana kerja operasional (RKO). Hal tersebut disebabkan belum adanya RKO yang sesuai standar, mengakibatkan proses pengawasan pun terhambat tidak sesuai teori yang ada jika dibandingkan dengan kenyataannya. Sehingga kejadian mengenai ketidaklengkapan pengisian berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap masih menjadi suatu masalah yang belum terselesaikan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengisian berkas persyaratan klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 masih terdapat kasus ketidaklengkapan

yaitu sekitar 20,70% pada observasi pada bulan Juli Tahun 2018. Angka ketidaklengkapan tertinggi dalam pengisian terjadi pada formulir INA CBG's dan resume medis yaitu 50% dan 54 % dari 92 berkas pada observasi. Hal tersebut merupakan masalah yang dialami oleh manajemen pengisian berkas persyaratan klaim BPJS.

KESIMPULAN

1. Kegiatan *planning* dalam penanganan *claim pending* pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 belum berjalan dengan baik karena masih terdapat ketidaklengkapan pengisian berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap, yang terutama tidak lengkap pada formulir INA CBG's dan resume medis.
2. Kegiatan *organizing* dalam penanganan *claim pending* pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 menunjukkan tidak adanya rincian pekerjaan dan *job description*.
3. Kegiatan *actuating* dalam penanganan *claim pending* pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 ditemukannya motivasi yang kurang dari pimpinan.
4. Kegiatan *controlling* dalam penanganan *claim pending* pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 berjalan kurang efektif untuk menilai hasil kerja setiap petugas, mengetahui proses kerja dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS, dan mengetahui sebab-sebab terjadinya permasalahan.
5. *Claim* pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018 terdapat kasus ketidaklengkapan yaitu sekitar 20,70% pada observasi pada bulan Juli tahun 2018.

SARAN

1. Menyusun rencana kerja operasional dalam proses pengisian berkas persyaratan klaim BPJS
2. Membuat susunan rincian pekerjaan dan *job description* dalam pengelolaan pengisian berkas persyaratan klaim BPJS rawat inap
3. Menyusun SOP untuk memudahkan komunikasi antar petugas
4. Menyusun jadwal supervisi pimpinan untuk mempermudah staf dalam melaporkan informasi yang harus dilaporkan.

DAFTAR PUSTAKA

Ardhitya, T dan Agus Perry K, S.KG, M.Kes. 2015. *Faktor-faktor yang Melatar Belakang Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS di RSJD DR. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Naskah Publikasi.* Semarang:

- Universitas Dian Nuswantoro Semarang.
- Hasibuan, Malayu S.P. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan.* Bandung, PT. Bumi Aksa.
- Ilyas, Yaslis. 2002. *Kinerja: Teori, Penilaian, dan Penelitian.* Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kemkes RI, 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis.* Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Muninjaya (2004) Muninjaya, G. (2004). *Manajemen Kesehatan.* Jakarta: Kedokteran EGC.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.* Jakarta : Rineka Cipta.
- Pradani, Putri. 2017. *Asuhan Keperawatan Keluarga Bp. W dengan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan dengan Diabetes Mellitus di Desa Kutawis RT 04/RW 01 Kecamatan Bukateja Kabupaten Purbalingga.* Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Robbins SP, dan Judge. 2008. *Perilaku Organisasi.* Jakarta: Salemba Empat.
- Sumarni, Murti dan John Soeprihanto. 2010. *Pengantar Bisnis (Dasar-dasar Ekonomi Perusahaan).* Edisi ke 5. Yogyakarta: Liberty Yogyakarta.
- Terry, G. R. 2006. *Prinsip-Prinsip Manajemen.* Jakarta: Penerbit Bumi Aksara.