

**FAKTOR YANG MEMENGARUHI KETERLAMBATAN KLAIM ASURANSI PADA
PELAYANAN RAWAT JALAN DI RSUD RANTAU PRAPAT****Andini Mentari Tarigan^{1*}, Dyna Safitri Rakhelmi Rangkuti², Rima Melinda Sembiring³, Fadilla Rahmadanisya⁴**¹Fakultas Farmasi dan Kesehatan, Institut Kesehatan Helvetia²⁻⁴Fakultas Kesehatan Masyarakat, Institut Kesehatan Helvetia

Email Korespondensi: amentaritarigan@gmail.com

Disubmit: 21 Februari 2024

Diterima: 08 April 2024

Diterbitkan: 01 Mei 2024

Doi: <https://doi.org/10.33024/mahesa.v4i5.14379>**ABSTRACT**

Hospital claims for health insurance are claims for compensation for services provided by the hospital through its workforce, including doctors, nurses, pharmacists and others, for services provided to health insurance participants who seek treatment or are treated in hospital. As a result of the author's observations, the insurance claim collection process is delayed if the medical resume is incomplete. Rantau Prapat Regional Hospital's financial unit provides a time limit for completing a medical resume, namely 6 days. Sometimes the completion of a medical resume exceeds the deadline determined by the financial unit. The aim of this research is to find out the factors that influence delays in insurance claims for outpatient services at Rantau Prapat Regional Hospital. This type of research is quantitative with analytical survey design using a cross-sectional approach. The population of this study was all insurance claim officers as many as 20 people with a sample of 20 people taken using total sampling techniques. Data analysis using univariate and bivariate analysis with chi-square test statistics. The results showed that human resources had a p value = $0.000 < \alpha = 0.05$, file completeness had a p value = $0.005 < \alpha = 0.05$ and infrastructure facilities had a p value = $0.005 < \alpha = 0.05$. This means that human resources, completeness of files and infrastructure have an influence on the delay in insurance claims in outpatient services. The conclusion of the study is the influence of human resources, completeness of files and infrastructure on the delay in insurance claims in outpatient services. It is recommended by the hospital to increase the number of human resources according to needs and increase the provision of infrastructure facilities in preventing delays in insurance claims.

Keywords: *Delay, Insurance Claim, Outpatient***ABSTRAK**

Klaim rumah sakit terhadap asuransi kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat apoteker, dan lainnya atas pelayanan yang diberikan kepada peserta asuransi kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. Hasil observasi penulis, proses penagihan klaim asuransi terlambat bila pembuatan resume medis tidak lengkap. Dari unit keuangan RSUD Rantau Prapat, memberikan batas waktu

untuk penyelesaian resume medis yaitu selama 6 hari. Terkadang selesainya resume medis melewati batas waktu yang ditentukan oleh unit keuangan tersebut. Tujuan penelitian ini *untuk mengetahui untuk mengetahui* faktor yang memengaruhi keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat Jenis penelitian ini kuantitatif dengan desain survei analitik menggunakan pendekatan *crosssectional*. Populasi penelitian ini seluruh petugas klaim asuransi sebanyak 20 orang dengan sampel 20 orang yang diambil menggunakan teknik *total sampling*. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan statistik uji *chi-square* Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber daya manusia memiliki nilai $p = 0,000 < \alpha = 0,05$, kelengkapan berkas memiliki nilai $p = 0,005 < \alpha = 0,05$ dan sarana prasarana memiliki nilai $p = 0,005 < \alpha = 0,05$. Artinya sumber daya manusia, kelengkapan berkas dan sarana prasarana memiliki pengaruh terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan. Kesimpulan penelitian ada pengaruh sumber daya manusia, kelengkapan berkas dan sarana prasarana terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan. Disarankan pihak rumah sakit rumah sakit untuk menambah jumlah sumber daya manusia sesuai dengan kebutuhan dan meningkatkan penyediaan sarana prasarana dalam mencegah keterlambatan klaim asuransi.

Kata Kunci: Keterlambatan, Klaim Asuransi, Rawat Jalan

PENDAHULUAN

Asuransi merupakan suatu perjanjian dimana seseorang penanggung mengikatkan diri kepada seseorang tertanggung, dengan menerima uang premi, untuk memberikan penggantian karena suatu kerugian yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan. Keterlambatan klaim asuransi merupakan salah satu jenis asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan/perawatan para pemegang polis asuransi tersebut apabila mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan yang dikeluarkan tidak tepat waktu atau terlambat dan tidak sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Klaim asuransi merupakan tagihan atau tuntutan biaya atas jasa yang diberikan. Dalam hal ini, klaim rumah sakit terhadap asuransi kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat apoteker, dan lainnya atas

pelayanan yang diberikan kepada peserta asuransi kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. Apabila Rumah Sakit memberikan pelayanan kesehatan, maka rumah sakit berhak menuntut ganti rugi dari asuransi kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada pasien berupa tagihan atau klaim.

Dunia asuransi di Indonesia sudah semakin berkembang, satu diantaranya adalah asuransi kesehatan. Hal ini dapat dilihat dengan semakin banyak perusahaan asuransi yang bermunculan, semakin variatif produk asuransi kesehatan yang ditawarkan, semakin tingginya biaya kesehatan yang harus ditanggung bila seseorang mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga masyarakat mencari alternatif pemecahan masalah tersebut dengan mencari pihak yang dapat membantu manajemen biaya kesehatan bila seseorang tiba-tiba harus dirawat atau membutuhkan pelayanan kesehatan, serta semakin meningkatnya

kesadaran, perhatian serta keperdulian masyarakat di Indonesia akan kesehatan yang mereka miliki yang menyebabkan cukup banyak masyarakat yang mempercayakan manajemen biaya kesehatan kepada asuransi kesehatan (Kemenkes RI 2018).

Kemudian, ditambah dengan adanya dukungan dari pemerintah dalam memajukan dunia perasuransian khususnya asuransi kesehatan dengan dibuatnya perundang-undangan, yaitu dengan dikeluarkannya UU No. 2 Tahun 1992 tentang usaha asuransi, UU No. 3 Tahun 1992 tentang jaminan pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerja, UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan yang paling terbaru dengan dikeluarkannya kebijakan jamkesmas yang menggantikan program Askeskin. Itu semua merupakan upaya pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia (Kemenkes RI 2018).

Jaminan kesehatan merupakan jaminan perlindungan kesehatan dimana peserta jaminan kesehatan memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu sebuah jaminan yang berguna untuk menjamin peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan serta perlindungan demi terpenuhinya kebutuhan dasar kesehatan, yang diberikan kepada setiap orang yang sudah membayar iuran ataupun iurannya dibayarkan oleh pihak pemerintah (Kemenkes RI 2004).

Menurut Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS kesehatan bertujuan

untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya (Kemenkes RI 2011). Jaminan kesehatan ini bertujuan untuk mempermudah akses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat. Secara bertahap hingga 2019 seluruh masyarakat akan tercover oleh pelayanan asuransi kesehatan secara menyeluruh (*Universal Health Coverage*) (Kemenkes RI 2018).

Di Indonesia, pemerintah sudah menerapkan rencana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014, yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 28 Tahun 2014 tentang penyelenggaraan JKN. Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia (PERPRES) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat lanjut (FKRTL) mengajukan klaim kolektif kepada BPJS kesehatan secara periodik dan lengkap, BPJS kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS kesehatan, dalam hal BPJS kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 hari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka berkas klaim dinyatakan lengkap. BPJS kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling lambat 15 hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim. Peraturan ini dapat berubah sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi. Sistem tersebut dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan sosial (BPJS) yang terbagi menjadi 2 yaitu, BPJS

kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan (Perpres RI 2018).

Data Survey Sosial Ekonomi Sosial (Susenas) tahun 2020 menyebutkan, penduduk yang telah memperoleh jaminan pelayanan kesehatan baik itu dari pemerintah (BUMN), maupun asuransi komersial adalah sebesar 25,4% dari total penduduk Indonesia. Dengan semakin banyaknya masyarakat yang menggunakan produk asuransi kesehatan, maka instansi kesehatan yang salah satunya adalah rumah sakit sebagai pihak penyedia pelayanan kesehatan harus dapat memenuhi permintaan atau trend pasar saat ini yaitu dengan melayani pasien yang pembiayaannya menggunakan asuransi kesehatan (Badan Pusat Statistik 2020).

Memberikan pelayanan kepada pasien yang menggunakan asuransi kesehatan, maka proses pembayaran pun tidak secara langsung dapat diterima oleh rumah sakit. Besarnya biaya terutama biaya pelayanan kesehatan rawat inap yang harus dibebankan sementara kepada rumah sakit, dalam hal ini rumah sakit memiliki piutang terhadap perusahaan asuransi kesehatan. Agar rumah sakit dapat segera menerima pembayaran piutang dari asuransi, maka pihak rumah sakit harus memiliki kecepatan penagihan klaim asuransi (Ilyas 2018).

Beberapa syarat pengajuan klaim rawat inap adalah sebagai berikut: fotocopy kartu peserta yang masih berlaku, kuitansi asli (disertakan materai sesuai ketentuan pemerintah) dari PPK yang mengajukan klaim, rincian biaya/*billing* rumah sakit, copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostik, jenis obat-obatan dan tindakan khusus, resume medik dari dokter yang merawat, yang menggambarkan riwayat penyakit selama dalam perawatan, dan surat jaminan yang dikeluarkan oleh perusahaan

asuransi (presertifikasi). Disinilah kelengkapan resume medis sangat dibutuhkan untuk memenuhi satu diantara syarat dokumen yang harus dilengkapi dalam pengajuan klaim rawat inap. Dengan demikian, bila kelengkapan resume medis dapat dipenuhi oleh pihak rumah sakit maka kemungkinannya semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan (Ilyas 2018).

Setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien, diberi kode atau koding berdasarkan diagnosis dan komplikasi yang ada. Saat mengajukan klaim ke asuransi kesehatan, pihak rumah sakit akan menyertakan resume medis sebagai salah satu persyaratan pengajuan dokumen. Resume medis diberikan pada akhir perawatan pasien, baik sembuh atau meninggal. Jika resume medis tidak lengkap, asuransi kesehatan akan mengembalikan resume medis. Pengembalian resume medis akan mengakibatkan tidak terbayarnya pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit dan mengakibatkan penurunan *case flow* di rumah sakit (Artanto 2018).

Berdasarkan penelitian Aulia, faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor SDM yang masih kurang, ketidaklengkapan berkas klaim yang akan di ajukan, serta kurangnya sarana yang dapat mendukung proses pengajuan klaim BPJS kesehatan. Untuk itu fasilitas pelayanan kesehatan dapat mempertimbangkan dan memperbaiki proses pengajuan klaim asuransi kesehatan dan memotivasi dokter, perawat, dan seluruh tenaga kesehatan terkait untuk sadar dan disiplin (Aulia 2021).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Putri menunjukkan bahwa faktor keterlambatan klaim asuransi yaitu waktu penyelesaian berkas pasien yang lama, berkas klaim yang tidak lengkap dan petugas yang tidak

mengikuti pelatihan (Putri 2019). Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Rohman dijelaskan bahwa keterlambatan klaim asuransi dikarenakan ketidaktepatan pemberian *coding*, ketidaklengkapan berkas dan diagnosa tidak sesuai kriteria. Upaya yang dilakukan adalah dengan memberikan surat tugas pelatihan *coding*, melakukan pendekatan kepada DPJP dan melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang terlibat langsung dalam menangani pasien (Rohman, Wintolo, and Susilowati 2021).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan di RSUD Rantau Prapat. RSUD Rantau Prapat bekerja sama dengan asuransi seperti *inhealth*, BPJS dan ASDA. Dari hasil observasi penulis, proses penagihan klaim asuransi terlambat bila pembuatan resume medis tidak lengkap dan lama. Dari unit keuangan RSUD Rantau Prapat, memberikan batas waktu kepada korespondensi rekam medis untuk penyelesaian resume medis yaitu selama 6 hari. Terkadang selesainya resume medis melewati batas waktu yang ditentukan oleh unit keuangan tersebut.

Selanjutnya jumlah petugas yang kurang mengakibatkan keterlambatan penyelesaian berkas klaim seperti pada asuransi ASDA yang hanya berjumlah 1 orang dengan pelayanan pasien/hari berjumlah 88 pasien dan yang mengalami keterlambatan klaim asuransi sebanyak 32 pasien dikarenakan jumlah petugas yang terlalu sedikit. Jumlah ini menunjukkan bahwa jumlah petugas tidak sebanding dengan jumlah pasien yang datang sehingga mengakibatkan keterlambatan. Berbeda dengan petugas bagian asuransi *inhealth* dengan jumlah petugas 1 orang dengan pelayanan pasien/hari sebanyak 28 pasien dan petugas BPJS yang berjumlah 18

orang dengan pelayanan pasien/hari sebanyak 178 pasien. Sedangkan untuk kedua asuransi *inhealth* dan BPJS memiliki jumlah petugas yang cukup dan sesuai dengan jumlah pasien yang datang. Namun dalam mengumpulkan berkas pribadi pasien seperti KTP, KK, *resume* medis dan rujukan yang sudah non aktif pada asuransi *inhealth* dan BPJS masih menjadi masalah yang mengakibatkan keterlambatan klaim asuransi dengan jumlah pasien yang mengalami keterlambatan klaim asuransi dari asuransi *inhealth* dan BPJS yang dikarenakan pengumpulan berkas yang tidak lengkap yaitu sebanyak 74 pasien.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif. Kuantitatif adalah penelitian ilmiah yang sistematis terhadap bagian-bagian dan fenomena serta kausalitas hubungan-hubungannya. Desain penelitian yang digunakan adalah survei analitik (Notoatmodjo 2012). Survei analitik adalah penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi. Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik antara faktor resiko dan faktor efek. Pada penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran pada saat bersamaan (Muhammad 2015).

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh petugas klaim asuransi di RSUD Rantau Prapat sebanyak 20 orang. Sesuai dengan tujuan penelitian maka teknik sampel yang digunakan adalah *Total Sampling* dimana seluruh total populasi dijadikan sampel yaitu sebanyak 20 orang.

HASIL PENELITIAN**Analisi Univariat****Karakteristik Responden**

Responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah

petugas klaim asuransi di RSUD Rantau Prapat. Karakteristik responden dalam penelitian ini antara lain :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RSUD Rantau Prapat

No.	Jenis Kelamin	f	%
1.	Perempuan	12	60,0
2.	Laki-Laki	8	40,0
	Umur	f	%
1.	25-28 Tahun	1	5,0
2.	29-32 Tahun	3	15,0
3.	33-36 Tahun	3	15,0
4.	37-40 Tahun	3	15,0
5.	41-44 Tahun	6	30,0
6.	45-48 Tahun	4	20,0
	Pendidikan	f	%
1.	D3 Rekam Medis	9	45,0
2.	S1 Kesehatan Masyarakat	7	35,0
3.	S1 Ekonomi	4	20,0
	Masa Kerja	f	%
1.	< 6 Tahun	11	55,0
2.	≥ 6 Tahun	9	45,0

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa dari 20 responden, sebanyak 12 responden (60,0%) berjenis kelamin perempuan dan responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 8 orang (40,0%), yang memiliki umur 25-28 tahun sebanyak 1 responden (5,0%), 29-32 tahun sebanyak 3 responden (15,0%), 33-36 tahun sebanyak 3 responden (15,0%), 37-40 tahun sebanyak 3 responden (15,0%), 41-44 tahun sebanyak 6 responden (30,0%) dan 45-48 tahun sebanyak 4 responden (20,0%). Pada karakteristik pendidikan, responden

yang memiliki pendidikan D3 rekam medis sebanyak 9 responden (45,0%), S1 Kesehatan Masyarakat sebanyak 7 responden (35,0%) dan S1 Ekonomi sebanyak 4 responden (20,0%), sebanyak 11 responden (55,0%) memiliki masa kerja < 6 tahun dan responden yang memiliki masa kerja ≥ 6 tahun sebanyak 9 orang (45,0%)..

Analisis Univariat

Berdasarkan distribusi jawaban responden maka sumber daya manusia responden dapat dikategorikan sebagai berikut :

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sumber Daya Manusia di RSUD Rantau Prapat

No.	Sumber Daya Manusia	f	%
1.	Baik	7	35,0
2.	Tidak Baik	13	65,0
No.	Kelengkapan Berkas	f	%

1	Lengkap	8	40,0
2	Tidak Lengkap	12	60,0
No.	Sarana Prasarana	f	%
1	Lengkap	8	40,0
2	Tidak Lengkap	12	60,0
No.	Keterlambatan Klaim Asuransi	f	%
1	Tidak Terlambat	9	45,0
2	Terlambat	11	55,0

Berdasarkan Tabel diatas dapat dilihat bahwa dari 20 responden yang menyatakan sumber daya manusia dalam kategori baik sebanyak 7 responden (35,0%) dan yang menyatakan sumber daya manusia dalam kategori tidak baik sebanyak 13 responden (65,0%)., dari 20 responden yang menyatakan berkas dalam kategori lengkap sebanyak 8 responden (40,0%) dan responden yang menyatakan berkas tidak lengkap sebanyak 12 responden (60,0%), dari 20 responden yang menyatakan sarana prasarana dalam kategori lengkap

sebanyak 8 responden (40,0%) dan responden yang menyatakan sarana prasarana tidak lengkap sebanyak 12 responden (60,0%), dari 20 responden, sebanyak 9 responden (45,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan responden yang terlambat melakukan klaim asuransi sebanyak 11 responden (55,0%).

Analisis Bivariat

Hasil penelitian pengaruh sumber daya manusia terhadap keterlambatan klaim asuransi dapat dilihat pada Tabel dibawah ini

Tabel 3. Tabulasi Silang Faktor Yang Memengaruhi Keterlambatan Klaim Asuransi pada Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Rantau Prapat

No.	Sumber Daya Manusia	Keterlambatan Klaim Asuransi				Total		Sig-p
		Tidak Terlambat		Terlambat		f	%	
		f	%	f	%	f	%	
1.	Baik	7	35,0	0	0	7	35,0	0,000
2.	Tidak Baik	2	10,0	11	55,0	13	65,0	
	Total	9	45,0	11	55,0	20	100	
No.	Kelengkapan Berkas	Keterlambatan Klaim Asuransi				Total		Sig-p
		Tidak Terlambat		Terlambat		f	%	
		f	%	f	%	f	%	
1.	Lengkap	7	35,0	1	5,0	8	40,0	0,005
2.	Tidak Lengkap	2	10,0	10	50,0	12	60,0	
	Total	9	45,0	11	55,0	20	100	
No.	Sarana Prasarana	Keterlambatan Klaim Asuransi				Total		Sig-p
		Tidak Terlambat		Terlambat		f	%	
		f	%	f	%	f	%	
1.	Lengkap	7	35,0	1	5,0	8	40,0	0,005
2.	Tidak Lengkap	2	10,0	10	50,0	12	60,0	
	Total	9	45,0	11	55,0	20	100	

Berdasarkan Tabel diatas tabulasi silang antara sumber daya manusia terhadap keterlambatan

klaim asuransi, diketahui bahwa dari 7 responden (35,0%) menyatakan sumber daya manusia

dalam kategori baik, seluruh responden tidak terlambat melakukan klaim asuransi sebanyak 7 responden (35,0%). Selanjutnya dari 13 responden (65,0%) menyatakan sumber daya manusia dalam kategori tidak baik, sebanyak 2 responden (10,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 11 responden (55,0%) terlambat melakukan klaim asuransi. Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan nilai $sig-p = 0,000 < 0,05$. Hal ini membuktikan ada pengaruh sumber daya manusia terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat.

Berdasarkan tabulasi silang antara kelengkapan berkas terhadap keterlambatan klaim asuransi, diketahui bahwa dari 8 responden (40,0%) yang menyatakan berkas dalam kategori lengkap, sebanyak 7 responden (35,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 1 responden (5,0%) terlambat melakukan klaim asuransi. Selanjutnya dari 12 responden (60,0%) yang menyatakan berkas dalam kategori tidak lengkap, sebanyak 2 responden (10,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 10

responden (50,0%) terlambat melakukan klaim asuransi. Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan nilai $sig-p = 0,005 < 0,05$. Hal ini membuktikan ada pengaruh kelengkapan berkas terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat.

Berdasarkan tabulasi silang antara sarana prasarana terhadap keterlambatan klaim asuransi, diketahui bahwa dari 8 responden (40,0%) yang menyatakan sarana prasarana dalam kategori lengkap, sebanyak 7 responden (35,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 1 responden (5,0%) terlambat melakukan klaim asuransi. Selanjutnya dari 12 responden (60,0%) yang menyatakan sarana prasarana dalam kategori tidak lengkap, sebanyak 2 responden (10,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 10 responden (50,0%) terlambat melakukan klaim asuransi. Hasil uji *chi-square* memperlihatkan nilai $sig-p = 0,005 < 0,05$. Hal ini membuktikan ada pengaruh sarana prasarana terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat tahun.

PEMBAHASAN

Pengaruh Sumber Daya Manusia terhadap Keterlambatan Klaim Asuransi pada Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Rantau Prapat

Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan nilai $sig-p = 0,000 < 0,05$. Hal ini membuktikan ada pengaruh sumber daya manusia terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat tahun 2022.

Manurut hasil penelitian sumber daya manusia terhadap keterlambatan klaim asuransi, diketahui bahwa dari 7 responden

(35,0%) menyatakan sumber daya manusia dalam kategori baik, seluruh responden tidak terlambat melakukan klaim asuransi sebanyak 7 responden (35,0%). Selanjutnya dari 13 responden (65,0%) menyatakan sumber daya manusia dalam kategori tidak baik, sebanyak 2 responden (10,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 11 responden (55,0%) terlambat melakukan klaim asuransi.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari tahun 2019

tentang Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RSUD KH. Daud Arif Kabupaten Tanjab Barat, menunjukkan bahwa terdapat beberapa kendala yang mempengaruhi proses keterlambatan pengajuan klaim diantaranya internet sering terputus kekurangan tenaga serta Status lambat turun karena resume belum lengkap (Sari, Girsang, and Ramadhani 2019).

Tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Priyanto tahun 2017 tentang Faktor Penyebab dan Dampak Keterlambatan Pembuatan Surat Keterangan Medis untuk Klaim Asuransi di RSUD Panebahan Senopati Bantul, menunjukkan bahwa faktor sumber daya manusia bukan penyebab keterlambatan pembuatan surat keterangan medis untuk klaim asuransi, melainkan faktor ketersediaan sarana prasarana yang menjadi penyebab keterlambatan (Priyanto 2017).

Sumber daya manusia (*Human Resources*) memiliki 2 arti yang berbeda yaitu, SDM merupakan suatu usaha kerja atau jasa yang memang diberikan dengan tujuan dalam melakukan proses produksi. Dengan kata lain, sumber daya manusia adalah kualitas usaha yang dilakukan seseorang untuk menghasilkan jasa atau barang dalam jangka waktu tertentu. Masih berkaitan dengan hal yang pertama, pengertian SDM yang kedua adalah dimana manusia dapat bekerja untuk menghasilkan suatu jasa atau barang dari usaha kerjanya tersebut. Mampu bekerja berarti mampu melakukan berbagai kegiatan yang bernilai ekonomis, atau dengan kata lain, kegiatan tersebut dapat menghasilkan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan hidup. Kurangnya sumber daya manusia dapat menyebabkan

pekerjaan pada bagian verifikasi klaim menjadi menumpuk. Manusia menjadi salah satu sumber daya yang penting yang mampu mengaplikasikan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan serta pengendalian terhadap berbagai tugas manajemen sumber daya manusia (Sumarsono 2018).

Menurut asumsi peneliti sumber daya manusia memiliki pengaruh terhadap keterlambatan klaim asuransi. Berdasarkan variabel sumber daya manusia, petugas klaim memiliki tanggung jawab atas tugasnya untuk menunjang kegiatan pengklaiman asuransi agar berjalan dengan baik dan tepat waktu. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang ada di RSUD Rantau Prapat masih dalam kategori tidak baik. Hal ini dikarenakan jumlah petugas yang ada di unit pendaftaran asuransi, penata rekening, klaim asuransi dan *coding* masih belum mencukupi. Selain itu petugas yang menangani alur penyediaan berkas rekam medis rawat jalan juga belum mencukupi dan masih ada petugas yang mengeluhkan bahwa beban kerja yang mereka alami tidak sesuai dengan bidang mereka.

Pengaruh Kelengkapan Berkas terhadap Keterlambatan Klaim Asuransi pada Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Rantau Prapat

Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan nilai $sig-p = 0,005 < 0,05$. Hal ini membuktikan ada pengaruh kelengkapan berkas terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat tahun 2022.

Menurut hasil penelitian antara kelengkapan berkas terhadap keterlambatan klaim asuransi, diketahui bahwa dari 8 responden (40,0%) yang menyatakan berkas dalam kategori lengkap, sebanyak 7

responden (35,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 1 responden (5,0%) terlambat melakukan klaim asuransi. Selanjutnya dari 12 responden (60,0%) yang menyatakan berkas dalam kategori tidak lengkap, sebanyak 2 responden (10,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 10 responden (50,0%) terlambat melakukan klaim asuransi.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohman 2021 dijelaskan bahwa keterlambatan klaim asuransi dikarenakan ketidaktepatan pemberian *coding*, ketidaklengkapan berkas dan diagnosa tidak sesuai kriteria. Upaya yang dilakukan adalah dengan memberikan surat tugas pelatihan *coding*, melakukan pendekatan kepada DPJP dan melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang terlibat langsung dalam menangani pasien (Rohman, Wintolo, and Susilowati 2021).

Tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Megawati tahun 2018 tentang Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, menunjukkan bahwa kelengkapan berkas ($p\text{-value}=2,491$) yang artinya kelengkapan berkas tidak memiliki pengaruh terhadap penyebab pengembalian berkas persyaratan klaim (Megawati 2018).

Fasilitas pelayanan kesehatan bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada pasien. Mutu pelayanan kesehatan dapat dicapai dengan mengevaluasi beberapa aspek, diantaranya kualitas kelengkapan pengisian berkas rekam medis. Kelengkapan pengisian berkas rekam medis harus mencapai angka 100% selama 1x24 jam

setelah pasien keluar. Rekam medis sebagai catatan perjalanan penyakit pasien merupakan berkas yang harus terisi secara lengkap. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis akan mengakibatkan catatan yang termuat menjadi tidak sinkron serta informasi kesehatan pasien terdahulu sulit diidentifikasi (Sari, Girsang, and Ramadhani 2019).

Menurut asumsi peneliti kelengkapan berkas merupakan faktor yang memengaruhi keterlambatan klaim asuransi. Hal ini dikarenakan masih ada surat pengajuan klaim yang tidak diisi dengan lengkap, masih ada bukti diri pemegang polis yang sudah tidak berlaku dan masih ada perincian biaya pasien yang tidak tersusun dengan rapi bahkan tidak ditemukan lagi. Beberapa syarat pengajuan klaim asuransi adalah sebagai berikut: fotocopy kartu peserta yang masih berlaku, kuitansi asli (disertakan materai sesuai ketentuan pemerintah), rincian biaya/*billing* rumah sakit, copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostik, jenis obat-obatan dan tindakan khusus, resume medik dari dokter yang merawat, yang menggambarkan riwayat penyakit selama dalam perawatan dan surat jaminan yang dikeluarkan oleh perusahaan asuransi (presertifikasi). Disinilah kelengkapan resume medis sangat dibutuhkan untuk memenuhi satu diantara syarat dokumen yang harus dilengkapi dalam pengajuan klaim asuransi.

Pengaruh Sarana Prasarana terhadap Keterlambatan Klaim Asuransi pada Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Rantau Prapat

Berdasarkan hasil uji *chi-square* memperlihatkan nilai $\text{sig-p} = 0,005 < 0,05$. Hal ini membuktikan ada pengaruh sarana prasarana terhadap keterlambatan klaim

asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat tahun 2022.

Menurut hasil penelitian antara sarana prasarana terhadap keterlambatan klaim asuransi, diketahui bahwa dari 8 responden (40,0%) yang menyatakan sarana prasarana dalam kategori lengkap, sebanyak 7 responden (35,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 1 responden (5,0%) terlambat melakukan klaim asuransi. Selanjutnya dari 12 responden (60,0%) yang menyatakan sarana prasarana dalam kategori tidak lengkap, sebanyak 2 responden (10,0%) tidak terlambat melakukan klaim asuransi dan sebanyak 10 responden (50,0%) terlambat melakukan klaim asuransi.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aulia tahun 2021, menunjukkan bahwa faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor SDM yang masih kurang, ketidaklengkapan berkas klaim yang akan di ajukan, serta kurangnya sarana yang dapat mendukung proses pengajuan klaim BPJS kesehatan. Untuk itu fasilitas pelayanan kesehatan dapat mempertimbangkan dan memperbaiki proses pengajuan klaim asuransi kesehatan dan memotivasi dokter, perawat, dan seluruh tenaga kesehatan terkait untuk sadar dan disiplin (Aulia 2021).

Tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyaningrum tahun 2021 tentang Faktor-Faktor Keterlambatan Klaim BPJS, menunjukkan bahwa Faktor paling dominan dalam keterlambatan klaim BPJS adalah ketidaklengkapan pengisian dokumen klaim BPJS, sedangkan sarana tidak memiliki pengaruh terhadap klaim BPJS. Keterlambatan pengiriman berkas klaim berdampak kepada penerimaan pembayaran klaim dari

BPJS Kesehatan (Widyaningrum and Wariyanti 2021).

Menurut asumsi peneliti sarana prasarana merupakan faktor yang memengaruhi keterlambatan klaim asuransi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kendala pada sarana-prasarana dikarenakan komputer sering mengalami *error*, sehingga penginputan *billing rumah sakit* tertunda dan mengakibatkan keterlambatan pada pengklaiman asuransi. Selain itu masih kurangnya pemeliharaan alat penunjang klaim asuransi juga menjadi masalah yang dapat mempengaruhi pengklaiman terlambat diselesaikann seperti rak penyimpanan tidak memadai, mesin cetak di unit klaim sering terjadi gangguan dan kurangnya aplikasi pendukung dalam menjalankan proses klaim asuransi. Kemudian kurangnya jumlah komputer yang tersedia dalam mendukung tugas petugas menyelesaikan persyaratan berkas klaim asuransi juga menjadi masalah yang sering mengakibatkan keterlambatan. Untuk itu pihak rumah sakit harus selalu menyediakan sarana prasarana dengan lengkap sebagai solusi dalam mencegah keterlambatan klaim asuransi.

KESIMPULAN

Kesimpulan pada penelitian ini adalah ada pengaruh sumber daya manusia terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat tahun 2022 dengan nilai $p = 0,000 < \alpha = 0,05$. Ada pengaruh kelengkapan berkas terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat tahun 2022 dengan nilai $p = 0,005 < \alpha = 0,05$. Ada pengaruh sarana prasarana terhadap keterlambatan klaim asuransi pada pelayanan rawat jalan di RSUD Rantau Prapat

tahun 2022 dengan nilai $p = 0,005 < \alpha = 0,05$.

Disarankan kepada rumah sakit untuk menambah jumlah sumber daya manusia pada unit klaim sesuai dengan kebutuhan dan mengadakan seminar atau pelatihan kepada petugas secara berkala di rumah sakit tentang penyelesaian klaim asuransi sehingga wawasan petugas menjadi meningkat dan mencegah keterlambatan klaim asuransi, meningkatkan kinerja petugas rekam medis ke arah yang lebih positif seperti memberikan peringatan kepada petugas yang tidak melakukan proses klaim asuransi sesuai dengan waktu yang ditetapkan dan memberikan *reward* bagi petugas yang menyelesaikan klaim asuransi secara tepat waktu, kepada manajemen rumah sakit untuk meningkatkan penyediaan sarana prasarana dalam mendukung proses klaim asuransi, dengan melakukan pemeliharaan alat penunjang seperti menyediakan rak penyimpanan yang memadai dan menyediakan mesin cetak dengan kondisi baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Artanto, Antonius EP. (2018). "Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016." *Jurnal Administrasi Rumah Sakit* 4(2): 122-34.
- Aulia, Fadhilah Nurul. (2021). *Literature Review Tinjauan Faktor Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan*. Makassar: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panakkukang Makassar Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
- Badan Pusat Statistik. (2020). "Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)."
- Ilyas, Yaslis. (2018). *Asuransi Kesehatan-Review Utilisasi, Manajemen Klaim Dan Fraud Kecurangan Asuransi Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Kemenkes RI. (2004). "Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Nasional."
- . (2011). "Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial."
- . (2018). "Pegangan Sosial Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Nasional."
- Megawati, Linda. (2018). "Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta." *J-Kes* 1(1).
- Muhammad, I. (2015). *Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah Bidang Kesehatan Menggunakan Metode Ilmiah*. Bandung: Cita Pustaka Media Perintis.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. ed. Rineka Cipta. Jakarta.
- Perpres RI. (2018). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Peraturan Presiden Republik Indonesia.
- Priyanto. (2017). *Faktor Penyebab Dan Dampak Keterlambatan Pembuatan Surat Keterangan Medis Untuk Klaim Asuransi Di RSUD Panebahan Senopati Bantul*. Yogyakarta: Skripsi Universitas Gadjah Mada.
- Putri, Nevy Kusumaning Ayu. (2019). "Faktor Penyebab

- Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap.” 5(2): 134-43.
- Rohman, Hendra, Aris Wintolo, and Endang Susilowati. (2021). “Analysis Pending Claim Payments the Indonesian National Health Insurance System in Vedika System Nur Hidayah Hospital Yogyakarta.” *Jurnal Wiyata* 8: 72-83.
- Sari, Diah Sekar, Ermi Girsang, and Sri Lestari Ramadhani. (2019). “Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS Di RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat.” *Scientia Journal* 8(1): 348-54.
- Sumarsono, Sonny. (2018). *Ekonomi Manajemen Sumber Daya Manusia Dan Ketenagakerjaan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Widyaningrum, Linda, and Astri Sri Wariyanti. (2021). “Faktor-Faktor Keterlambatan Klaim BPJS.” *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNAS)*: 14-18.