

PELAKSANAAN SOP BPJS KESEHATAN DI RS PANTI NUGROHO PAKEM SLEMAN

Ignasius Triyana

Abstract

BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) or Social Insurance Administration Organization now administers the Indonesian national health insurance (Jaminan Kesehatan Nasional -JKN). This program is the realization of mandate of law Number 40 of 2004 on National Social Security System (SJSN). To access this health insurance, all patients have to consult in primary health care facility first. Patients can be referenced to higher level facility if necessary. Panti Nugroho Hospital is one of higher facilities in SJSN system. To support the program, standard procedure has been created. Standard Operating Procedure (SOP) — written procedure— is also used in Panti Nugroho Hospital to implement the program. There are two kinds of SOP, i.e. SOP related to patients and SOP related to BPJS. The problem that occurs in the implementation is socialization without the speakers representing BPJS. Another problem is the different perception between the doctors and verifcators about the diagnose of diseases that will be funded. The format of SOPs also needs to be revised especially related to the language used, the clearness of the steps and the certainty of “who” does “what” in each procedure.

Keywords: BPJS Kesehatan, SOP, hospital, patient

A. Latar Belakang

BPJS Kesehatan, sebagai sebuah lembaga pengelola telah merumuskan cita-cita yang akan dicapai. Visi BPJS Kesehatan adalah “Paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya”.

Sedangkan rumusan misi BPJS Kesehatan adalah:

1. Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
2. Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.

3. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
4. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
5. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
6. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

(<http://bpjsesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2010/2>)

Dalam Pengelolaan BPJS Kesehatan, manajemen berpedoman pada tata kelola yang baik antara lain:

7. Pedoman Umum Good Governance BPJS Kesehatan;
8. Board Manual BPJS Kesehatan;
9. Kode Etik BPJS Kesehatan (<http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/5>).

Aneka pelayanan yang diberikan kepada anggota BPJS Kesehatan tentunya berorientasi pada anggota agar cepat dan

mudah mendapatkan pelayanan. Untuk mendukung pelayanan tentunya langkah-langkah atau prosedur yang menjadi pedoman dengan mudah dapat dipahami oleh anggota. Ketika anggota BPJS mengetahui secara jelas mengenai prosedur yang harus dilalui untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, maka anggota tersebut dapat mempersiapkan segala sesuatu yang menjadi persyaratannya. Selain itu, anggota juga dapat memperkirakan pelayanan seperti apa yang akan didapatkan. Sebaliknya ketika prosedur yang dikeluarkan oleh BPJS tidak dapat dipahami secara jelas tentunya akan menimbulkan berbagai persoalan. Lebih dari itu, pelaksanaan pelayanan BPJS kesehatan tentunya melibatkan beberapa pihak, diantaranya BPJS, RS, dan pasien. Maka menarik kiranya untuk melihat secara lebih mendalam mengenai pelaksanaan pelayanan BPJS Kesehatan tersebut.

Penelitian ini dilakukan di RS Panti Nugroho karena statusnya yang telah memenuhi persyaratan sebagai PPK II. Dengan ditunjuknya sebagai PPK II tersebut diharapkan dapat diperoleh data-data penting terkait pelaksanaan pelayanan BPJS kesehatan. Selain itu secara teknis, RS Panti Nugroho lokasinya relatif mudah diakses.

Dari latar belakang tersebut, dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu:

- a. Bagaimana tahap-tahap yang dilakukan dalam pelayanan BPJS Kesehatan di RS Panti Nugroho?

b. Bagaimana pelaksanaan pelayanan BPJS Kesehatan di RS Panti Nugroho berkaitan dengan SOP yang berlaku?

B. Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang menggunakan logika induktif abstraktif, yaitu suatu logika yang bertitik tolak dari “khusus ke umum”. Konseptualisasi, kategorisasi, dan deskripsi dikembangkan atas dasar “kejadian” (*incidence*) yang diperoleh ketika kegiatan lapangan berlangsung (Bungin, 2010). Data diperoleh dengan, (1) melakukan pengkajian atas dokumen SOP pelayanan BPJS Kesehatan di RS Panti Nugroho, (2) observasi dan wawancara dengan personil atau unit kerja yang terkait dengan pelaksanaan pelayanan BPJS Kesehatan RS. Panti Nugroho, (3) wawancara dengan pasien atau keluarga pasien yang menggunakan pelayanan BPJS kesehatan RS Panti Nugroho.

Analisis terhadap dokumen dapat mengungkapkan bagaimana subyek mendefinisikan dirinya sendiri, lingkungan, dan situasi yang dihadapinya pada suatu saat, dan bagaimana kaitan antara definisi diri tersebut dalam hubungan dengan orang-orang di sekelilingnya dengan tindakan-tindakannya (Mulyana, 2003). Dalam penelitian ini dokumen yang akan dianalisis adalah dokumen SOP pelayanan Kesehatan yang dijalankan di RS Panti Nugroho. SOP

pelayanan Kesehatan dianalisis persoalan-persoalan yang muncul terkait pelaksanaan SOP tersebut.

Metode wawancara mendalam disebut juga wawancara tak terstruktur, wawancara intensif, wawancara kualitatif dan wawancara terbuka (*open-ended interview*). Wawancara tak terstruktur bersifat luwes, susunan pertanyaannya dan susunan kata-kata dalam setiap pertanyaan dapat diubah pada saat wawancara, disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi saat wawancara (Mulyana, 2003). Wawancara ini akan dilakukan untuk mengungkapkan fakta-fakta yang berkaitan dengan pengalaman para pegawai yang mengurus pelayanan BPJS Kesehatan di RS Panti Nugroho.

Penelitian ini bersifat deskriptif, yang bertujuan untuk menggambarkan keadaan atau status fenomena. Ingin mengetahui hal-hal yang berhubungan dengan keadaan sesuatu. Studi deskriptif akan membantu untuk:

- 1) Memahami karakteristik sebuah kelompok dalam situasi tertentu
- 2) Memikirkan secara sistematis mengenai berbagai aspek dalam situasi tertentu
- 3) Memberikan gagasan untuk penyelidikan dan penelitian lebih lanjut, dan/atau
- 4) Membuat keputusan tertentu yang sederhana (Sekaran, 2007, 160)

Data yang telah terkumpul, maka lalu diklasifikasikan menjadi 2 kelompok data

yaitu: data kualitatif dan data kuantitatif. Terhadap data yang bersifat kualitatif, yaitu yang digambarkan dengan kata-kata atau kalimat dipisah-pisahkan menurut kategori untuk memperoleh kesimpulan.

Dari gambaran diatas maka langkah-langkah penelitian ini meliputi:

1. Pengumpulan data dengan menggunakan metode dokumentasi, observasi dan wawancara
2. Analisis data dilakukan dengan mengumpulkan dan mengelompokkan data pelayanan BPJS kesehatan baik yang diperoleh dari petugas maupun dari pasien/keluarga pasien untuk mendapatkan gambaran mengenai pelaksanaan pelayanan BPJS kesehatan secara menyeluruh
3. Mengidentifikasi tahap-tahap dalam SOP pelayanan BPJS Kesehatan baik yang sudah sesuai dengan prosedur maupun yang belum sesuai dengan prosedur, serta persoalan-persoalan lain yang muncul terkait dengan pelayanan BPJS kesehatan
4. Menarik kesimpulan mengenai pelaksanaan SOP pelayanan BPJS kesehatan di RS. Panti Nugroho.

C. Metode Analisis

Data yang dikumpulkan akan dianalisis dengan menggunakan metode deskriptif. Metode deskriptif dapat diartikan sebagai

prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan/ melukiskan keadaan subyek/ obyek penelitian (seseorang, lembaga, masyarakat dan lain-lain) pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau sebagaimana adanya. Usaha mendeskripsikan fakta-fakta itu pada tahap permulaan tertuju pada usaha mengemukakan gejala-gejala secara lengkap di dalam aspek yang diselidiki, agar jelas keadaan atau kondisinya. Penemuan gejala-gejala itu berarti juga tidak sekedar menunjukkan distribusinya, akan tetapi termasuk usaha mengemukakan hubungannya satu dengan yang lain di dalam aspek-aspek yang diselidiki itu. dengan kata lain metode ini tidak terbatas sampai pada pengumpulan dan menyusun data, tetapi analisa dan interpretasi tentang arti data itu (Nawawi, 2005).

Oleh karena itu analisis yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah:

1. Menggambarkan tahap-tahap yang dilakukan dalam pelayanan BPJS Kesehatan di RS. Panti Nugroho
2. Menggambarkan apa yang terjadi dalam pelaksanaan SOP pelayanan BPJS Kesehatan di RS Panti Nugroho
3. Mengidentifikasi dan mengelompokkan persoalan-persoalan yang terjadi dalam pelaksanaan pelayanan BPJS Kesehatan di RS. Panti Nugroho

D. Analisis

SOP yang akan dianalisis ada dua, yaitu SOP terkait dengan pelayanan pasien dan SOP terkait dengan prosedur penagihan piutang ke BPJS Kesehatan.

D.1. Prosedur untuk Pasien

Untuk membantu mempermudah pelayanan pasien BPJS, RSPN menerbitkan brosur yang diberi judul “Informasi Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional/BPJS”. Dalam brosur tersebut sudah dituliskan mengenai hal-hal pokok yang perlu diketahui oleh anggota JKN. Tujuan diterbitkannya brosur tersebut adalah untuk melakukan edukasi mengenai program JKN. Salah satu yang termuat dalam brosur tersebut adalah mengenai langkah-langkah yang harus dilakukan ketika pasien akan menggunakan JKN-BPJS. Seperti diketahui bahwa, SOP merupakan serangkaian instruksi tertulis yang berisi aktivitas rutin atau berulang yang diikuti oleh organisasi. SOP berisi perintah atau instruksi yang harus ditaati dalam menjalankan aktivitas. Selanjutnya juga dikatakan bahwa pengembangan dan penggunaan SOP merupakan bagian tak terpisahkan dengan sistem mutu, karena di dalamnya berisi informasi mengenai bagaimana mengerjakan suatu tugas secara benar, dan memungkinkan terjadinya konsistensi dan menyatu dengan produk atau hasil akhir (EPA, 2007).

Adapun prosedur mendapatkan pelayanan kesehatan dengan JKN ditentukan sebagai berikut:

- I. Kasus Non Emergency, membawa:
 - a. Surat Rujukan asli dari PPK I dari dokter keluarga/Puskesmas untuk dokter spesialis dan tidak termasuk dalam 144 diagnosa yang HARUS ditangani di pelayanan primer.
 - b. Foto copy Kartu JKN dan foto kopi KTP
 - c. Foto kopi KK (Khusus Jamkesmas/PBI)
 - d. Buku control bagi pasien prolanis.
- II. Untuk Kasus Emergency, syaratnya seperti untuk kasus non emergency, tetapi tidak memerlukan Surat Rujukan dari PPK I.

Namun sekaligus dijelaskan pula mengenai pelayanan yang tidak ditanggung melalui JKN, yaitu:

- a. Alur pelayanan kesehatan tidak sesuai prosedur
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Faskes yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
- c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan
- d. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh Jasa Raharja
- e. Pelayanan Kesehatan untuk mengatasi infertilitas
- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetika
- g. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/alcohol

- h. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri
- i. Pelayanan meratakan gigi (ortodonti)
- j. Pelayanan alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, susu
- k. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat dan wabah/kejadian luar biasa

Disebutkan pula mengenai hal-hal yang membatalkan untuk mendapatkan pelayanan melalui JKN:

- a. Pasien PBI (jamkesmas) naik kelas perawatan atas permintaan sendiri
- b. Pasien atas permintaan sendiri tidak menggunakan fasilitas JKN

Catatan:

- 1. Masa berlaku Kartu JKN dimulai 7 hari setelah calon peserta melakukan pembayaran iuran pertama
- 2. Pembuatan SEP dilakukan maksimal 2 jam sebelum dokter praktek

Selanjutnya, untuk mempermudah pelayanan, RSPN menyediakan pendaftaran pasien umum dan BPJS melalui WhatsApp. Ketentuannya:

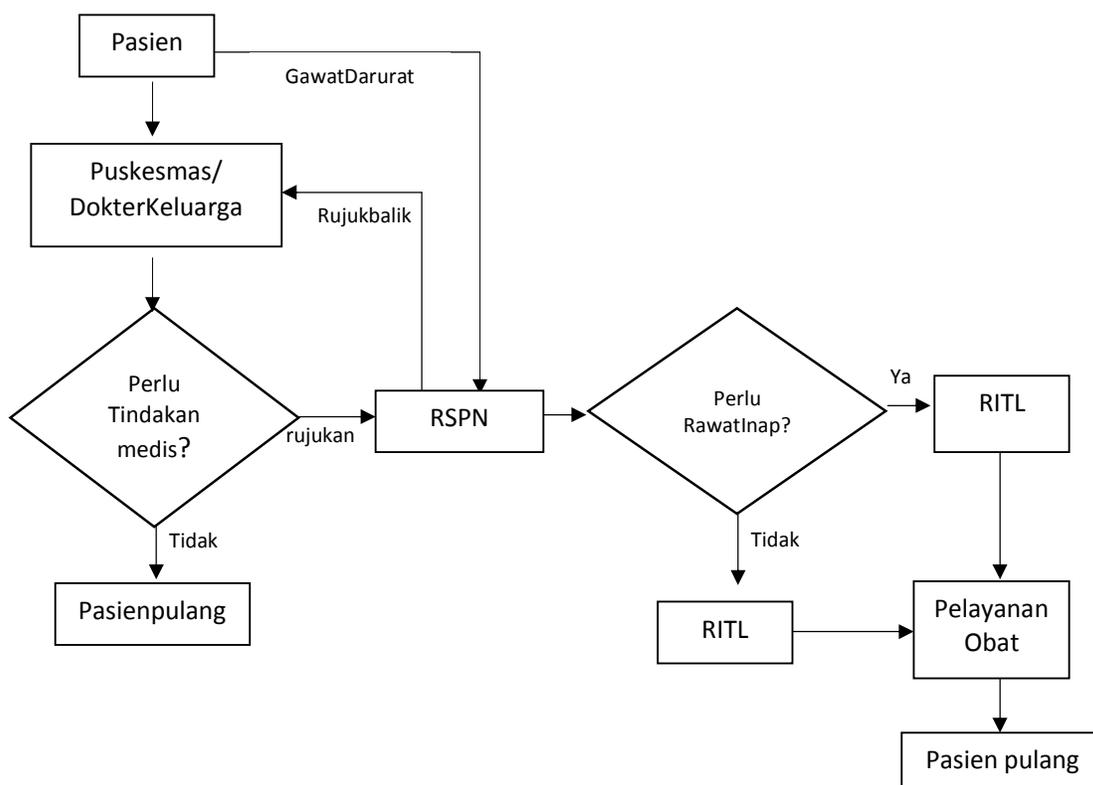
- 1. Format:
(nama) spasi (No, RM) spasi (Dokter

yang dikehendaki) spasi (hari, tgl, waktu)

- 2. Hanya untuk pasien lama yang sudah mempunyai nomor Rekam Medis
 - 3. Tidak dilakukan pada hari yang sama dengan waktu pemeriksaan di poliklinik
 - 4. Valid bila sudah mendapat nomor urut pendaftaran
 - 5. Untuk pasien BPJS, kirimkan foto syarat kelengkapan:
 - a. Foto rujukan BPJS
 - b. Foto kartu BPJS
 - c. Foto KTP
 - d. Foto Surat Keterangan dalam perawatan (Lembar Hijau)
 - e. Maksimal 2 hari sebelum jadwal periksa
 - f. Pendaftaran 1 hari sebelum hari H atau pada hari H tidak akan dilayani lewat WA, Kirimkan ke nomor:
0878 3443 0220
- Mohon semua berkas dibawa pada saat periksa

Pembuatan aplikasi WhatsApp tersebut dapat dipahami sebagai upaya menyebarluaskan informasi dan membantu pelayanan agar lebih mudah. Sebagaimana sebuah SOP, prosedur BPJS juga sudah dituangkan ke dalam bagan alir (*flow chart*).

Alur Pelayanan



Sesuai dengan tujuan diadakannya BPJS kesehatan, dari tanggapan pasien dikatakan program pemerintah terkait dengan kesehatan ini sangat membantu, terutama dalam hal biaya. Selain itu menurut pandangan pasien, proses pengurusannya mudah. Rata-rata lama kepesertaannya adalah satu tahun. Hal ini berarti ketika program diluncurkan, masyarakat langsung mengurus menjadi peserta. Selanjutnya, menurut pasien informasi mengenai prosedur berobat dengan menggunakan BPJS diperoleh dari petugas ketika mendaftar sebagai anggota BPJS di kantor BPJS, juga dari ketua RT atau RW, dan dari petugas di RSPN sendiri. Kalaupun ada kesulitan, biasanya terjadi ketika awal-awal

berobat menggunakan BPJS kesehatan. Setelah beberapa kali, biasanya sudah tidak ada persoalan atau kesulitan dari pihak pasien.

Namun, dari pihak RSPN sendiri masih menghadap beberapa persoalan yang muncul. Persoalan-persoalan ini dapat dikelompokkan menjadi beberapa sumber:

Pertama, dari pasien. Persoalan yang sering terjadi yang disebabkan oleh pasien yaitu, a). ketidaktahuan mengenai prosedur berobat dengan BPJS. Dalam prosedur yang diberlakukan, setiap kali akan berobat dengan dibiayai dari BPJS, maka pasien diwajibkan menyerahkan surat rujukan dari Faskes tingkat I atau dokter keluarga. Yang seringkali terjadi, pasien datang berobat ke

RSPN tanpa membawa surat rujukan tersebut. Biasanya terjadi pada waktu-waktu awal menjadi anggota BPJS. Berbeda halnya dengan pasien yang datang ke RSPN dalam kondisi darurat, yang hanya cukup menunjukkan kartu keanggotaan BPJS saja; b). tidak semua pasien peserta BPJS tahu secara benar bahwa tidak semua hasil diagnosa dapat ditanggung oleh BPJS. Dalam hal ini terdapat kriteria-kriteria yang harus dipenuhi atau sesuai dengan ketentuan yang berlaku; c). persoalan yang terjadi karena kurang pemahannya pasien adalah ketika pasien menggunakan kamar yang kelasnya beda dengan jatah kelas kepesertaannya. Seringkali pemahaman yang keliru menjadi masalah, sehingga butuh penjelasan yang lebih rinci lagi; d). persoalan yang juga sering terjadi adalah ketika pasien tidak atau terlambat membayar iuran bulanan. Pembayaran iuran BPJS, paling lambat adalah setiap tanggal 10. Misalnya, peserta membayar baru tanggal 12 maka ketika dalam 45 hari opname, maka BPJS hanya membayar 30 % dari klaim INACBgs; e) malah juga sering muncul untuk pasien yang opname. Rumah sakit memberi batas penyerahan persyaratan dalam 2 x 24 jam, apabila persyaratan diserahkan melebihi 3 x 24 jam maka program BPJS tidak dapat dibuka lagi. Sebetulnya batas resmi yang ditentukan adalah 3 x 24 jam, namun pihak rumah sakit memberitahukannya 2 x 24 jam, hal ini

untuk mengantisipasi agar tidak terlalu banyak yang terlambat menyerahkan persyaratan; f) persoalan ketidaktahuan lainnya adalah lama opname. Selama ini terdapat pemahaman yang keliru bahwa banyak pasien yang yang tahunya lama opname pasien BPJS dibatasi, padahal sebetulnya tidak ada pembatasan. Khusus untuk RSPN, pasien diijinkan pulang setelah opname hanya ketika dinyatakan sudah sembuh, bukan karena pembatasan BPJS; g) terjadi pula kasus ketika pada awal-awal masuk opname atau periksa menyatakan akan membayar sendiri, namun ternyata kemudian mengajukan untuk dibiayai dengan BPJS.

Kedua, dari verifikator dan pemerintah. Dari ungkapan pihak rumah sakit, pelayanan pasien BPJS yang terkait dengan verifikator, kadang-kadang agak terganggu karena verifikator datang hanya dua kali dalam satu minggu. Harapannya, dalam satu minggu paling tidak verifikator dapat datang empat kali. Akibat dari frekuensi kehadiran verifikator ini adalah terjadinya penundaan klaim (*claim pending*). Tentu ini akan membebani pihak rumah sakit, khususnya mengenai masalah dana. Selain itu, persoalan yang berkaitan dengan verifikator adalah ketika terjadi perbedaan pendapat mengenai diagnosa. Perbedaan ini terjadi ketika antara dokter memberikan diagnosa dan dianggap dapat dibiayai oleh BPJS, namun verifikator keberatan.

Persoalan ini menjadi lebih sulit karena tidak adanya pedoman tertulis yang jelas yang dapat dijadikan pedoman bersama. Dalam hal ini diharapkan menyertakan bukti EBM bahwa diagnosa DPJP kurang tepat. Dari pemerintah secara umum sebagai penyelenggara BPJS, antara klaim yang diajukan oleh rumah sakit dan biaya riil kadang-kadang tidak sebanding. Apalagi kualitas pelayanan di RSPN sudah mirip dengan rumah sakit tipe C atau B, tetapi pembayaran klaim sesuai dengan kelas rumah sakit yaitu tipe D. jadi, nominal klaim terlalu kecil karena mengikuti tipe rumah sakit.

Kelima, dari **manajemen RSPN**. Seharusnya setelah dijalankan pembiayaan pasien dengan BPJS, pihak rumah sakit segera merancang prosedur baku khususnya prosedur administrasi sebagai panduan pelaksanaan pelayanan. Namun hingga saat ini, pedoman khusus tersebut belum ada dan masih menggunakan prosedur bagi pasien umum, padahal keduanya berbeda. Maka yang terjadi adalah keputusan-keputusan yang situasional, sehingga tidak baku. Selanjutnya, persoalan yang muncul adalah terkait dengan sosialisasi ketika ada kebijakan atau aturan baru. Selama ini, setiap kali diadakan sosialisasi terkait dengan program BPJS kepada karyawan di RSPN, yang memberikan hanya dari petugas RSPN sendiri. Akan lebih baik bila dari pemerintah atau verifikator ikut terlibat dalam sosialisasi sehingga lebih jelas.

Adanya beberapa persoalan tersebut, menunjukkan perlu adanya pelatihan yang komprehensif dan tepat sasaran. Untuk pelatihan sendiri, perlu ditentukan beberapa hal berikut: untuk peserta, dapat memilih atau mengundang kelompok-kelompok masyarakat, atau dapat pula lembaga-lembaga terdekat agar selanjutnya dapat menyebarluaskan ke anggota-anggotanya. Selain itu juga perlu dipersiapkan mengenai isi dan metode pelatihan (sosialisasi) mengenai prosedur BPJS. Tentunya isi dan metode disesuaikan dengan keadaan atau kemampuan peserta, sehingga dapat lebih efektif. Mengenai personil yang akan memberi pelatihan, sebaiknya gabungan antara perwakilan kantor BPJS dengan pihak rumah sakit. Hal ini supaya langsung dapat disampaikan secara jelas dan benar.

D.2. Prosedur Penagihan Piutang kepada BPJS Kesehatan

Untuk penagihan piutang dari RSPN kepada pihak BPJS Kesehatan telah dibuat SOP yang resmi, yang meliputi penagihan untuk rawat jalan dan rawat inap. Untuk SOP penagihan rawat jalan, diberi judul Penagihan Piutang Pelayanan Rawat Jalan JKN Kepada BPJS Kesehatan. SPO ini diberi tanggal terbit pada 2 Januari 2015, dengan Nomor Dokumen RSPN/D/SPO.014 dan disahkan oleh direktur. Di dalam SPO ini, dinyatakan bahwa penagihan JKN kepada BPJS Kesehatan adalah proses

penagihan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan. Tujuan dibuatnya SPO ini adalah agar proses penagihan kepada BPJS Kesehatan lancar dan cepat sehingga mempercepat pembayaran dari BPJS Kesehatan. Kebijakan yang dirumuskan adalah bahwa prosedur penagihan mengikuti prosedur yang telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan.

Langkah-langkah penagihan ditentukan sebagai berikut:

1. Memastikan kebenaran dan kelengkapan dokumen identitas persyaratan pelayanan JKN
2. Memastikan adanya surat rujukan dari PPK 1 yang sesuai dengan tujuan poliklinik tujuannya
3. Membuat nota piutang
4. Melengkapi isian dokumen Rekam Medis pelayanan rawat jalan JKN
5. Memintakan tanda tangan bukti pelayanan kepada klien atau keluarga
6. Mengajukan klien untuk ke pendaftaran guna membuat SEP BPJS Kesehatan
7. Melakukan cek ulang untuk memastikan kelengkapan dokumen rawat jalan yang masuk melalui unit pelayanan obat farmasi
8. Membuat rekap pelayanan harian JKN
9. Menyerahkan dokumen pelayanan JKN kepada petugas Coder Rekam Medis untuk kemudian diproses dalam program INA CBG's
10. Menerima hasil akhir verifikasi penagihan satu bulan rawat jalan dan rawat inap dari Verifikator BPJS yang telah selesai melakukan verifikasi atas data yang diinput oleh Coder unit Rekam Medis
11. Membuat surat tagihan dilampiri dokumen hasil verifikasi dari verifikator BPJS dan diajukan kepada Direktur untuk ditandatangani
12. Melakukan penomoran tagihan di unit sekretariat
13. Foto kopi dokumen penagihan untuk arsip sub seksi keuangan
14. Mengirimkan kelengkapan dokumen penagihan kepada BPJS Kesehatan

Unit yang terkait dengan pelaksanaan SOP ini adalah :

- a. Sub seksi Rekam Medis bagian Pendaftaran
- b. Sub seksi Rekam Medis bagian Coding
- c. Sub seksi farmasi

Untuk SOP penagihan rawat inap, diberi judul Penagihan Piutang Pelayanan Rawat Inap JKN Kepada BPJS Kesehatan. SPO ini diberi tanggal terbit pada 2 Januari 2015, dengan Nomor Dokumen RSPN/D/SPO.015 dan disahkan oleh direktur. Di dalam SPO ini, dinyatakan bahwa penagihan JKN kepada BPJS Kesehatan adalah proses penagihan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan. Tujuan dibuatnya SPO ini adalah untuk mempercepat penagihan dan

pembayaran dari BPJS Kesehatan. Kebijakan yang dirumuskan adalah bahwa prosedur penagihan mengikuti prosedur yang telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan. Adapun langkah-langkah penagihan sebagai berikut:

1. Memastikan kelengkapan dokumen yaitu Kartu Piutang Rawat Inap warna merah muda, SEP Rawat Inap dan SEP Rawat Jalan
2. Apabila tidak ada SEP Rawat Jalan, maka melakukan cek ke bagian pendaftaran untuk memastikan kasus klien pada saat masuk apakah sudah ada keterangan emergency.
3. Menyiapkan formulir informasi biaya rutin harian untuk ditempatkan di prasat pasien pada malam hari.
4. Menyampaikan laporan rutin melalui buku laporan rawat inap tentang perkembangan biaya dan hal lain yang perlu dilaporkan.
5. Pada saat sudah diperbolehkan pulang, melakukan proses pembuatan rekening rawat inap.
6. Memastikan tentang hak kelas dan penempatan kelas kamar.
7. Jika klien menempati kelas lebih tinggi maka berkas diserahkan kepada bagian coding untuk diproses tariff INA CBG's.
8. Hasil INA CBG's dari RM menjadi dasar nilai pembayaran yang harus diselesaikan klien sesuai dengan aturan yang berlaku.
9. Jika klien menempati sesuai hak kelasnya, maka klien bisa langsung diberikan ijin pulang.
10. Setelah selesai proses input rekening rawat inap maka dilakukan print rekening dan rincian penunjang dan obat.
11. Menyusun dokumen kelengkapan proses coding INA CBG's untuk kemudian diserahkan ke bagian coder RM.
12. Membuat rekap pelayanan harian JKN.
13. Menyerahkan dokumen pelayanan JKN kepada petugas coder Rekam Medis untuk kemudian diproses dalam program INA CBG's.
14. Menerima hasil akhir verifikasi penagihan satu bulan rawat jalan dan rawat inap dari verifikator BPJS yang telah selesai melakukan verifikasi atas data yang diinput oleh coder unit Rekam Medis.
15. Membuat surat tagihan dilampiri dokumen hasil verifikasi dari verifikator BPJS dan diajukan kepada Direktur untuk ditandatangani.
16. Melakukan penomoran tagihan di unit sekretariat.
17. Foto kopi dokumen penagihan untuk arsip sub seksi keuangan.
18. Mengirimkan kelengkapan dokumen penagihan kepada BPJS Kesehatan.

Unit yang terkait dengan prosedur ini meliputi:

- a. Sub Seksi Rekam Medis bagian Pendaftaran dan Coding
- b. Sub seksi Farmasi
- c. Bangsal perawatan rawat inap.

Untuk mendukung pengelolaan pelayanan program BPJS, RSPN membuat kebijakan struktur organisasi. Untuk mengelola pelayanan BPJS, dibentuk Tim BPJS RSPN yang secara struktural berada langsung di bawah direktur. Tim ini terdiri dari ketua, yaitu seorang dokter, wakil ketua, sekretaris dan anggota. Anggota tim meliputi semua pejabat structural RSPN, Koordinator rawat inap, coordinator rawat jalan, koordinator penunjang medis, bagian Farmasi, dan bagian Rekam Medis.

Secara umum, RSPN telah berusaha melakukan pelayanan kepada pasien BPJS Kesehatan sebaik-baiknya. Upaya ini ditunjukkan dengan merancang dan memberlakukan prosedur standar yang telah diwujudkan dalam SOP. Bagi RSPN, dengan diberlakukannya SOP, telah memberikan manfaat yang positif bagi pasien dan rumah sakit sendiri. Manfaat ini dapat dilihat dari jumlah pasien BPJS, Selama tahun 2016, jumlah pasien rawat jalan dari peserta BPJS di RSPN 16.998 pasien. Sedangkan untuk pasien rawat inap 1.353 pasien, Total jumlah pasien peserta

BPJS kesehatan tahun 2016 adalah 18.351 pasien.

Dengan adanya SOP, maka telah dapat dilakukan standarisasi proses pelayanan. Keberadaan SOP dalam pelayanan kepada pasien BPJS menjadi alat manajemen yang sangat kuat. Karena, dalam pelaksanaannya melibatkan berbagai pihak pasien, rumah sakit (beberapa unit ikut terlibat), dan pihak pemerintah. Kejelasan langkah atau proses akan membantu sekali bagi pasien dan para petugas.

Namun demikian, masih ditemukannya beberapa kelemahan dalam pelaksanaan merupakan hal yang wajar mengingat belum lamanya program berjalan. Apabila dikelompokkan maka kelemahan yang ditemukan berkaitan dengan prosedur atau SOP, meliputi: *pertama*, format SOP. Meski sudah lengkap namun, masih dapat disempurnakan lagi dengan menuliskan siapa yang harus melakukan langkah tertentu. Hal ini terlihat dari SOP penagihan ke BPJS Kesehatan. Persoalan "*who*" menjadi penting dalam sebuah SOP. *Kedua*, sosialisasi. Sosialisasi mengenai SOP menjadi penting karena akan menentukan kesesuaian antara aturan dan pelaksanaannya. Kesulitan dalam sosialisasi karena yang menjadi target sosialisasi tidak hanya pegawai rumah sakit, tetapi juga peserta BPJS sendiri, yang tempat tinggalnya tersebar di berbagai wilayah. *Ketiga*, *update* SOP. Persoalan memperbarui SOP menjadi

penting agar langkah-langkah yang diberlakukan selalu sesuai dengan aturan yang baru.

E. Kesimpulan dan Saran

Dari pembahasan dapat ditarik beberapa simpulan sebagai berikut:

1. Rumah Sakit Panti Nugroho melayani pasien peserta BPJS sesuai dengan aturan yang berlaku
2. Untuk melayani pasien peserta BPJS Rumah Sakit Panti Nugroho melakukan upaya-upaya agar pelayanan dapat memuaskan dan sesuai dengan aturan. Upaya-upaya yang dilakukan adalah, pertama, membentuk tim kerja yang sudah dilengkapi dengan susunan pengurus lengkap dan berada di bawah koordinasi langsung direktur. Kedua, merancang dan memberlakukan SOP yang berguna sebagai pedoman dalam pelaksanaan.
3. SOP yang diberlakukan sudah cukup baik karena baik format dan isi telah dapat dipahami secara mudah, lengkap aspek-aspeknya sehingga cukup

informatif, dan telah resmi disahkan, artinya memiliki kekuatan untuk diberlakukan.

4. Beberapa kekurangan yang ditemui dalam pelaksanaan SOP pelayanan BPJS di RSPN adalah: sosialisasi prosedur yang terkait dengan BPJS belum banyak melibatkan pihak pemerintah, tetapi masih dilakukan oleh pegawai sendiri setelah mengikuti pelatihan; kadang-kadang masih terjadi perbedaan persepsi atas aturan antara rumah sakit dan pemerintah dalam hal ini verifikator.
5. Format SOP masih belum jelas mengenai “siapa” yang melakukan langkah-langkah, selain itu bahasa yang digunakan ada yang masih kurang jelas.

Untuk kepentingan penyempurnaan pelaksanaan SOP pelayanan pasien BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho, beberapa hal berikut dapat diupayakan:

1. Format SOP lebih disempurnakan lagi, meliputi format, bahasa dan isinya.
2. Dirancang strategi monitoring dan evaluasi pelaksanaan SOP pelayanan pasien BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi, *Prosedur Penelitian*, PT. Rineka Cipta, Jakarta, 1998.
- Bungin, Burhan, *Analisis Data Penelitian Kualitatif*, PT RajaGrafindo, Jakarta, 2010.
- Littlefield, C.L., Frank M. Rachel, Donald L. Carruth, *Office and Administrative Management*, Third edition, Prentice Hall of India Private Limited, 1978.
- McLeod, Jr, Raymond dan George P. Schell, *Sistem Informasi Manajemen*, Salemba Empat, Jakarta, 2009.
- Moekijat, *Administrasi Perkantoran*, Mandar maju, Bandung, 1997
- Nawawi, H. Hadari, *Metodologi Bidang Sosial*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2005.
- Sekaran, Uma, *Metodologi Penelitian untuk Bisnis*, edisi 4, Penerbit Salemba, Jakarta, 2007.
- Sukoco, Badri Munir, *Manajemen Administrasi Perkantoran Modern*, Erlangga, Jakarta, 2006.
- Tambunan, Rudi M, *Pedoman Teknis Penyusunan Standard Operating Procedures*, Maiestas Publishing, Jakarta, 2011.
- Guidance for Preparing Standard Operating Procedures (SOPs)*, EPA QA/G-6, EPA/600/B-07/001 April 2007
- Developing Effective Standar Operating Procedures*, FEMA, FA-197/December 1999.
- <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>, diakses 3 Oktober 2016.
- (<http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4>)
- (<http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/11>)
- (<http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/12>)
- (<http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/12>)
- (<http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/20>)