

ANALISIS PROSES PENYELESAIAN KLAIM PADA PRODUK ASURANSI JASA RAHARJA DI RUMAH SAKIT BHAKTI ASIH BREBES

Oleh : Amsirun, SE, MM.

ABSTRACT

This study took the title "Analysis of the Settlement of Claims on Jasa Raharja Insurance Products at Bhakti Asih Hospital Brebes. The aim to be achieved in this research is to find out the description of Jasa Raharja's insurance claim process at Bhakti Asih Hospital Brebes.

The formulation of the problem raised in this study is whether the Jasa Raharja insurance claim settlement process at Bhakti Asih Brebes Hospital runs well and efficiently? While the hypothesis proposed is the incompleteness of the files that cause the process of disbursing late / pending raharja service insurance claims. In addition, because the submission of a claim to Jasa Raharja still uses a manual system. The absence of a computerized system from Jasa Raharja.

Based on the results of the research that has been done, the author can take several conclusions as follows:

The role of officers is very important in the process of settlement of inpatient and outpatient insurance claims, especially for officers in the Insurance section in terms of data collection and processing claims requirements. Based on the research, the level of completion of claims after the requirements are completed, namely within a period of 1 (one) month ... Obstacles that are the cause of late / pending disbursement, there are 2 factors (1) internal factors that occur because of insufficient accuracy of insurance officers insurance officer. (2) External factors, namely from Jasa Raharja itself, still use the manual system. The absence of an online system. So that the disbursement process requires a long time of approximately 14 (fourteen) days after Jasa Raharja officers receive a complete bill from the Hospital.

Based on the conclusions above, the writer can give the following suggestions:

Insurance officers should always do an evaluation (recheck) of the results of their work, especially in inputting data that is still using the manual system. It is recommended that the collection of requirements claim be more efficient and not cumulative. It is better for insurance officers to add one more person to two insurance officers to be more thorough in collecting data to improve the quality of service again. In addition, from Jasa Raharja, a computerized system / online system is immediately made that links all of Indonesia so that the disbursement process does not take too long.

Keywords: Claim Process, Descriptive Analysis.

Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat secara kuratif dan preventif yang mencakup hasil pelayanan kepada pasien. Selain menyediakan berbagai pelayanan Kesehatan Rumah Sakit juga memiliki beberapa pelayanan penunjang salah satunya yaitu Rekam Medis.

Rekam Medis adalah rekaman hasil pelayanan pengobatan pasien yang berisi tentang keterangan kesehatan pasien. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/2008, Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan catatan dan dokumen nyata yang berisi identitas pasien, pemeriksaan, tindakan, pengobatan dan pelayanan lainnya oleh suatu sarana pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien.

Pelayanan rekam medis selain berperan dalam penyediaan berkas pasien, juga berperan dalam proses pembiayaan/klaim. Dalam proses pembiayaan/klaim, rumah sakit/pelayanan kesehatan lainnya juga menyediakan beberapa macam proses pembiayaan, salah satunya adalah dengan menggunakan asuransi. Definisi asuransi sendiri yaitu salah satu sarana yang digunakan untuk kasus pasien pada kecelakaan lalu lintas mula dari darat, udara dan laut. Selain itu asuransi juga dapat digunakan untuk perlindungan jiwa, properti, dan kesehatan.

PT. Jasa Raharja merupakan salah satu badan asuransi milik persero yang mempunyai fungsi menyantuni korban kecelakaan lalu lintas mulai dari darat, udara dan laut. Dalam pengajuan asuransi jasa raharja ada beberapa persyaratan yang harus di lengkapi, seperti identitas beserta penyebab pasien kecelakaan, dokumen kesehatan asli yang berisi keterangan kesehatan korban dari dokter atau rumah sakit, dokumen pembiayaan asli yang berisikan kuitansi biaya perawatan korban dari dokter/rumah sakit, dokumen asli kuitansi biaya pembelian obat korban di apotik sesuai resep dokter.

Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes merupakan rumah sakit umum swasta di Kabupten Brebes yang merupakan suatu lembaga pelayanan kesehatan terhadap masyarakat, yang pada awalnya dikelola oleh yayasan yang bernama “Yayasan Bhakti Asih” dan kemudian berubah menjadi “PT Bhakti Asih”. Rumah sakit ini membuka pelayanan untuk pasien umum maupun pasien dengan asuransi. Untuk kasus umum di RS Bhakti Asih ditanggung oleh asuransi BPJS, dan untuk pasien kasus kecelakaan lalu lintas ditanggung oleh asuransi Jasa Raharja. Dalam proses penggunaan asuransi masing-masing asuransi memerlukan persyaratan terutama pasien dengan asuransi Jasa Raharja. Dalam pelaksanaan proses klaim pembiayaan asuransi jasa raharja ada berbagai persyaratan yang harus di persiapkan rumah sakit, salah satunya adalah surat keterangan kecelakaan lalu lintas. Oleh karena itu pihak rumah sakit perlu menyediakan Standar Operasional Prosedur (SOP)

mengenai prosedur jasa raharja sebagai bukti dan dasar hukum pelaksanaan proses jasa Rahaarja apabila terjadi penyimpangan.

Berdasarkan atas penelitian penulis bahwa seringkali timbul hambatan-hambatan pada saat pelaksanaan klaim asuransi yang menyebabkan pencairannya terlambat.

Dengan adanya kejadian tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai kebijakan dan prosedur pengajuan klaim pasien jasa raharja yang tertuang dalam penelitian yang berjudul “*Analisis Proses Penyelesaian Klaim Pada Produk Asuransi Jasa Rahaarja di Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes*”.

A. Rumusan Masalah

Untuk dapat mengidentifikasi permasalahan di atas diperlukan sebuah perumusan masalah yaitu Apakah proses penyelesaian klaim asuransi Jasa Rahaarja di Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes berjalan dengan baik dan efisien?

B. Landasan Teori

1. Klaim

1.1. Definisi Klaim

Klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Sedangkan mengklaim adalah meminta atau menuntut pengakuan atas suatu fakta bahwa

seseorang (suatu organisasi, perkumpulan, negara, dsb) berhak memiliki atau mempunyai hak atas sesuatu.

Menurut Azrul Azwar Klaim adalah kerugian atau kerusakan yang diderita oleh tertanggung terhadap proyek yang dipertanggungjawabkannya yang diakibatkan oleh risiko yang dijamin didalam polis.

1.2. Macam-macam Klaim

1. Klaim meninggal dunia
2. Klaim penebusan polis/Nilai Tunai
3. Klaim habis kontrak
4. Klaim kecelakaan
5. Klaim rawat inap dan rawat jalan

1.3. Pengertian Klaim

Asuransi

Klaim asuransi merupakan permintaan resmi yang dibuat oleh nasabah untuk perusahaan asuransi agar bisa mendapatkan pembayaran terkait kerugian yang diterima. Nantinya perusahaan asuransi akan memeriksa validitas klaim yang sampai pada mereka sebelum mengganti kerugian. Untuk mengajukan klaim,

nasabah perlu mengetahui prosedur pengajuannya, metode yang digunakan perusahaan asuransi untuk mengganti kerugian serta istilah-istilah yang digunakan.

2. Asuransi

2.1. Definisi Asuransi

Definisi

asuransi menurut Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) Republik Indonesia “Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri pada tertanggung dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu”.

Tujuan dari asuransi kesehatan adalah mengeleminasi beban keuangan (finansial) yang dihadapi peserta ketika ia jatuh sakit.

Oleh karena itu, pada saat membeli jasa pelayanan kesehatan, peserta asuransi hanya perlu membayar sebagian kecil atau bahkan sama sekali tidak perlu membayar biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter.

Pemerintah

melalui PP No. 3 Tahun 1995 tanggal 26 November 1997 mendirikan asuransi kesehatan atau biasa yang disebut dengan askes. Hal ini terlahir oleh karena Indonesia sebagian besar penduduknya berada diperekonomian yang terendah dibandingkan dengan negara-negara yang lainnya.

2.2. Prinsip-prinsip Pokok Asuransi

Ada beberapa prinsip-prinsip pokok Asuransi yang sangat penting yang harus dipenuhi baik oleh tertanggung maupun penanggung agar kontrak / perjanjian Asuransi berlaku (tidak batal), sebagai berikut :

- a. Prinsip Itikad Baik (Utmost Good Faith)
- b. Prinsip kepentingan yang dapat di Asuransikan (Insurable Interest)

- c. Prinsip Ganti Rugi (Indemnity)
- d. Prinsip Subrogasi (Subrogation)
- e. Prinsip Kontribusi (Contribution)
- f. Prinsip Sebab Akibat (Proximate Cause)

2.3. Klasifikasi Produk Asuransi

- 1) Asuransi kebakaran
- 2) Asuransi jiwa

3. Jasa Raharja

Berdasarkan PP No.8 tahun 1965 dengan melebur seluruh kekayaan, pegawai dan segala hutang piutang PNAK Eka Karya, mulai 1 Januari 1965 dibentuk Badan Hukum baru dengan nama 'Perusahaan Negara Asuransi Kerugian Jasa Raharja' dengan tugas khusus mengelola pelaksanaan Undang-Undang (UU) No.33 dan Undang-Undang (UU) No.34 tahun 1964. Penunjukkan PNAK Jasa Raharja sebagai pengelola kedua Undang-Undang tersebut ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Urusan Pendapatan, Pembiayaan dan Pengawasan RI No.BAPN 1-3-3 tanggal 30 Maret 1965.

Pada tahun 1970, PNAK Jasa Raharja diubah statusnya menjadi

Perusahaan Umum (Perum) Jasa Raharja. Perubahan status ini dituangkan dalam Surat Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia No.Kep.750/KMK/IV/II/1970 tanggal 18 November 1970, yang merupakan tindak lanjut dikeluarkannya UU.No.9 tahun 1969 tentang Bentuk- Bentuk Badan Usaha Negara.

Kemudian dalam perkembangan selanjutnya, mengingat usaha yang ditangani oleh Perum Jasa Raharja semakin bertambah luas, maka pada tahun 1980 berdasarkan PP No.39 tahun 1980 tanggal 6 November 1980, status Jasa Raharja diubah lagi menjadi Perusahaan Perseroan (Persero) dengan nama PT (Persero) Asuransi Kerugian Jasa Raharja, yang kemudian pendiriannya dikukuhkan dengan Akta Notaris Imas Fatimah, SH No.49 tahun 1981 tanggal 28 Februari 1981, yang telah beberapa kali diubah dan ditambah terakhir dengan Akta Notaris Imas Fatimah, SH No.59 tanggal 19 Maret 1998 berikut perbaikannya dengan Akta No.63 tanggal 17 Juni 1998 dibuat dihadapan notaris yang sama.

Pada tahun 1994, sejalan dengan diterbitkan UU No.2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, yang antara lain mengharuskan bahwa Perusahaan Asuransi yang telah menyelenggarakan program asuransi sosial dilarang menjalankan asuransi lain selain program asuransi sosial, maka terhitung mulai tanggal 1 Januari 1994 Jasa Raharja melepaskan usaha non wajib dan surety bond dan kembali menjalankan program asuransi sosial yaitu mengelola pelaksanaan UU. No.33 tahun 1964 dan UU. No.34 tahun 1964.

Dana Kecelakaan Lalu Lintas Jalan

- a. Korban yang berhak atas santunan :
Setiap orang yang berada di luar alat angkutan lalu lintas jalan yang menimbulkan kecelakaan, yang menjadi korban akibat kecelakaan dari penggunaan alat angkutan lalu lintas jalan tersebut ; contohnya pejalan kaki yang ditabrak kendaraan.
- b. Tabrakan dua atau lebih

- c. Apabila terjadi kecelakaan yang melibatkan dua atau lebih kendaran maka kendaraan yang menjadi penyebab terjadinya kecelakaan, maka baik pengemudi maupun penumpang kendaraan tersebut tidak terjamin dalam UU. No. 34/1964. Pihak yang disalahkan dapat mendapat santunan dengan jalur kebijaksanaan EG 100%
- d. Tabrak Lari
Terlebih dahulu dilakukan survey penelitian atas kebenaran kasus di TKP dan tempat ahli waris atau korban.

Pengecualian

- a. Kecelakaan Penumpang Umum/Lalu Lintas Jalan
 - 1) Jika korban atau ahli warisnya telah memperoleh jaminan berdasarkan UU. No. 33 atau No. 34/1964;
 - 2) Bunuh diri, percobaan bunuh diri atau sesuatu

- kesengajaan lain pada pihak korban atau ahli waris;
- 3) Kecelakaan-kecelakaan yang terjadi pada waktu korban sedang dalam keadaan mabu, melakukan perbuatan kejahatan, atau pun diakibatkan oleh atau terjadi karena korban memiliki cacat badan atau keadaan badaniah atau rohaniah biasa lain;
 - 4) Berjalan kaki diatas rel atau jalanan kereta api dan atau menyebrang sehingga tertabrak kereta api, maka korban tidak dapat jaminan UU.34/1964;
 - 5) Dengan sengaja menerobos pintu perlintasan kereta api yang sedang difungsikan sebagaimana lazimnya kereta api akan lewat, sehingga tertabrak kereta api . Korban tidak masuk UU.34/1964.
 - 6) Kecelakaan Yang Terjadi Tidak Mempunyai Hubungan Dengan Risiko Kecelakaan Penumpang Umum/Lalu Lintas Jalan.
 - 7) Kendaraan bermotor penumpang umum yang bersangkutan sedang dipergunakan untuk turut serta dalam suatu perlombaan kecakapan atau kecepatan;
 - 8) Kecelakaan angkutan umum yang diakibatkan oleh bencana alam;
 - 9) Kecelakaan angkutan umum akibat dari sebab langsung atau tidak langsung mempunyai hubungan dengan bencana perang.

Metode Penelitian

Skripsi yang berjudul
 “Analisis Proses Penyelesaian Klaim

Pada Produk Asuransi Jasa Raharja Di Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes”, maka skripsi ini termasuk dalam penelitian deskriptif. Penelitian ini menggunakan model penelitian kualitatif. Subjek Penelitian ini adalah petugas bagian pendaftaran dan petugas bagian asuransi di Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes. Sedangkan objek penelitian dalam penelitian ini adalah Analisis Proses Penyelesaian Klaim Asuransi Jasa Raharja.

Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi, wawancara, dan dokumen. Sedangkan teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian kualitatif

mencakup transkrip hasil wawancara, reduksi data, analisis, interpretasi data dan triangulasi. Dari hasil analisis data yang kemudian dapat ditarik kesimpulan.

Hasil Penelitian

Hasil wawancara dengan petugas asuransi terkait karakteristik petugas asuransi dan petugas pendaftaran Rumah Sakit Bhakti Asih berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan lama bekerja di RS Bhakti Asih Brebes didapatkan hasil sebagai berikut

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5

Karakteristik Responden berdasarkan Usia

Usia	Jumlah Responden	
	Pendaftaran	Asuransi
≤ 20 th	2	0
≥ 20 th	8	1
Jumlah	10	1

Dari hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan usia ada 2 (dua) responden usia kurang dari 20 tahun dan 9 (sembilan) responden

usia lebih dari 20 th. Diantaranya 10 (sepuluh) petugas pendaftaran dan 1 (satu) petugas Asuransi di Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 6

Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah Responden	
	Pendaftaran	Asuransi
Perempuan	7	1
Laki-laki	3	0
Jumlah	10	1

Dari hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin ada 8 (delapan) perempuan dan 3 (tiga) laki-laki. Diantaranya 7 (tujuh)

perempuan bagian pendaftaran dan 1 (satu) perempuan bagian asuransi serta 3 (tiga) laki-laki bagian pendaftaran.

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 7

Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Jenis Kelamin	Jumlah Responden	
	Pendaftaran	Asuransi
SMA	9	0
D3	1	0
S1	0	1
Jumlah	10	1

Dari hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir ada 9 (Sembilan) dengan pendidikan SMA yaitu bagian pendaftaran, ada 1 (satu) dengan

pendidikan D3 yaitu bagian pendaftaran dan 1 (satu) dengan pendidikan S1 yaitu bagian petugas asuransi.

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja

Tabel 8

Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja

Jenis Kelamin	Jumlah Responden	
	Pendaftaran	Asuransi
≤ 3 th	5	1
≥ 3 th	6	0
Jumlah	10	1

Dari hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan lama bekerja ada 5 responden kurang dari 3 tahun bekerja di Rumah Sakit Bhakti Asih

yaitu bagian pendaftaran dan 1 bagian asuransi. Sedangkan yang bekerja lebih dari 3 tahun ada 6 responden bagian pendaftaran.

a. Output

Telaah dokumen yang dilakukan terhadap data pengajuan klaim tahun 2018 pada pelayanan rawat inap di RSBA menunjukkan bahwa data klaim yang sudah ditagihkan pada bulan Juli hanyalah klaim pada bulan Mei 2018 sampai

bulan Juni tahun 2018. Berdasarkan data tersebut maka diketahui jumlah berkas klaim yang diajukan dan jumlah berkas klaim yang pencairannya terlambat dari bulan Januari 2018 sampai bulan Juni 2018, sebagai berikut

Tabel 9
Data Klaim Asuransi Jasa Raharja
periode Januari-Juni 2018

No.	Bulan	Jumlah Berkas Klaim yang Diajukan	Jumlah Berkas Klaim yang Telat Pencairannya
1.	Januari	74	4
2.	Februari	64	3
3.	Maret	34	2
4.	April	41	2
5.	Mei	32	6
6.	Juni	42	1
	Total	287	19

Sumber : Arsip berita acara Asuransi Jasa Raharja RSBA Brebes Tahun 2018

Berdasarkan tabel 9 dapat diketahui bahwa pada bulan Januari 2018 sampai dengan Juni 2018 jumlah berkas klaim yang diajukan yaitu sebesar 287 dengan diantaranya 19 berkas klaim yang pencairannya telat/pending. Jumlah berkas klaim terbanyak yang diajukan yaitu pada bulan Januari 2018 dengan berkas klaim sebanyak 74. Namun untuk jumlah berkas klaim yang pencairannya telat/pending terbanyak

1. Berkas klaim I

Hasil observasi berdasarkan kelengkapan berkas, waktu pengajuan dan waktu pencairan terhadap berkas klaim I didapatkan sebagai berikut :

Nama : Sokhikhah Santun Budi, Ny
Usia : 26 th
No LP : LP/192/V/2018/Res.Bbs/Lantas/Jateng
Biaya Rawat Inap : Rp7.313.400,-

terjadi pada bulan Mei 2018 yaitu 6 berkas klaim.

Hasil observasi berdasarkan kelengkapan, waktu pengajuan dan waktu pencairan terhadap tiga berkas klaim asuransi jasa raharja yang pencairannya telat dengan mengambil sampling kasus pencairan telat terbanyak pada layanan rawat inap dan rawat jalan di RSBA tahun 2018, didapatkan sebagai berikut :

Tabel 10
Berkas Klaim a.n Ny. Sokhikhah Santun

Kelengkapan Berkas			Waktu Pengajuan	Waktu Pencairan
Persyaratan Perlengkapan	Ada	Tidak Ada		
KTP Pasien / Surat Domisili	√		Tgl 4 Juni 2018	Tgl 20 Juni 2018
KTP Suami / Istri	√			
Kartu Keluarga	√			
Materai 6000	√			
Surat Laporan Polisi	√			
Surat Jaminan Jasa Raharja	√			
Ttd Surat Kuasa dari pasien kpd RS	√			
Fc KTP Direktur RS	√			
Fc KTP Pemegang Kuasa	√			
Fc Buku Rek. RS	√			
Perincian Biaya Farmasi & Penunjang	√			
Fc SEP (Jika mempunyai kartu BPJS)	√			
Rincian Biaya RS & Kwitansi RI	√			
Formulir Surat Ket. Kesehatan Korban Akibat Kecelakaan	√			
Formulir Pengajuan Santunan	√			
Surat Keterangan Beda Nama (jika nama di ktp dan kk berbeda)		√		
Surat rujukan RS (Jika pasien dirujuk dari rs lain)		√		

Berdasarkan tabel 10 dapat diketahui bahwa pada berkas klaim I kelengkapan persyaratan, sudah 98% lengkap. Hal ini

dapat dilihat dari isi berkas pasien. Sehingga pencairannya sesuai prosedur.

2. Berkas Klaim II

Hasil observasi berdasarkan kelengkapan berkas, waktu pengajuan dan waktu pencairan terhadap berkas klaim II didapatkan sebagai berikut :

Nama : Maulana S AP, Tn
 Usia : 54 Th
 No LP : LP/201/V/2018/Jateng/Res.Bbs/Lantas
 Biaya Rawat Inap : Rp3.672.200,-

Tabel 11
 Berkas Klaim II a.n Tn. Maulana S AP

Kelengkapan Berkas			Waktu Pengajuan	Waktu Pencairan
Persyaratan Perlengkapan	Ada	Tidak Ada		
Fc KTP Pasien	√		Tgl 4 Juni 2018	Pending
Fc KTP Suami / Istri	√			
Fc Kartu Keluarga	√			
Materai 6000	√			
Surat Laporan Polisi	√			
Surat Jaminan Jasa Raharja	√			
Ttd Surat Kuasa dari pasien kpd RS	√			
Fc KTP Direktur RS	√			
Fc KTP Pemegang Kuasa	√			
Fc Buku Rek. RS	√			
Perincian Biaya Farmasi & Penunjang	√			
Fc SEP (Jika mempunyai kartu BPJS)	√			
Rincian Biaya RS & Kwitansi RI	√			

Formulir Surat Ket. Kesehatan Korban Akibat Kecelakaan	√			
Formulir Pengajuan Santunan	√			
Surat Keterangan Beda Nama (jika nama di ktp dan kk berbeda)		√		
Surat rujukan RS (Jika pasien dirujuk dari rs lain)		√		

Berdasarkan tabel 11 dapat diketahui bahwa pada berkas klaim I kelengkapan persyaratan sudah 98% lengkap. Namun mengapa pencairannya depending ternyata adanya kurang ketelitian petugas asuransi. Setelah diteliti kembali oleh petugas Jasa Raharja nama pasien yang terdapat di KTP dan KK itu berbeda tetapi pasien tidak melampirkan surat keterangan beda nama karena tidak mengetahui persyaratan tersebut. Seharusnya petugas asuransi Rumah Sakit Bhakti Asih lebih teliti dalam memverifikasi berkas sehingga hal seperti ini tidak terulang lagi.

b. Pembahasan

1. Peran Petugas Pada Proses Penyelesaian Klaim Asuransi Jasa Raharja

Peran petugas pada proses penyelesaian klaim asuransi sangatlah penting. Ketelitian dan kecermatan yang tidak terjaga dapat menyebabkan keterlambatan pada proses penyelesaian klaim. Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes, pembagian tugas-tugas belum

sesuai. peneliti mengamati dari 11 petugas yang terkait proses penyelesaian klaim, diantaranya 10 petugas bagian pendaftaran dan 1 petugas bagian asuransi. Petugas Asuransi memiliki tugas terlalu banyak. Hal ini ditandai dari banyaknya job desk yang menjadi tanggung jawab petugas asuransi pada proses penyelesaian klaim. Selain mengurus asuransi jasa raharja, petugas asuransi ini juga mengurus asuransi lainnya.

2. Persyaratan Klaim Asuransi Jasa Raharja

Berdasarkan hasil penelitian adapun persyaratan klaim yang dibutuhkan ialah :

- a) KTP Pasien
- b) KTP Orang tua
- c) KTP Suami / istri
- d) Surat domisili (jika pasien belum mempunyai ktp)
- e) Fotocopy Kartu Keluarga
- f) Materai 6000
- g) Surat Laporan Polisi

- h) Surat Jaminan Jasa Raharja
- i) Ttd surat pernyataan & kuasa dari pasien kepada rumah sakit
- j) Fotocopy KTP Direktur RSBA
- k) Fotocopy KTP Pemegang Kuasa (Petugas Asuransi)
- l) Fotocopy Buku Rekening RS
- m) Perincian biaya farmasi & penunjang
- n) Fotocopy SEP (jika mempunyai kartu BPJS)
- o) Rincian biaya RS & Kwitansi RI
- p) Formulir surat keterangan kesehatan korban akibat kecelakaan
- q) Formulir pengajuan santunan

Dari hasil penelitian persyaratan bersifat kumulatif atau kolektif yaitu persyaratan-persyaratan perkasus dikumpulkan selama satu bulan. Hal ini dapat menyebabkan berkas persyaratan-persyaratan fisik akan tertumpuk banyak diruang kerja petugas asuransi. Potensi kerumitan dalam pengolahan data dan pemeliharaan berkas persyaratan-persyaratan oleh petugas akan sangat tinggi.

Meskipun sampai sejauh ini belum adanya masalah pada persyaratan, sebaiknya berkas persyaratan-persyaratan fisik tersebut tidak dikumpulkan (dikumulatikan) dalam

jangka waktu yang cukup lama agar mencegah terjadinya kesalahan pada ketelitian yang berpotensi pada keterlambatan proses klaim.

3. **Jenjang Waktu Penyelesaian Klaim Setelah Persyaratan Dilengkapi**

Berdasarkan hasil penelitian, untuk jenjang waktu yang dibutuhkan setelah persyaratan klaim dilengkapi yaitu selambatlambatnya 14 (empat belas) hari. Hal ini tertulis pada PKS antara Jasa Raharja dengan Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes yang telah disepakati oleh kedua pihak.

Namun dari hasil penelitian persyaratan-persyaratan diatas bersifat kumulatif atau kolektif. Petugas Asuransi mengumpulkasn berkas-berkas persyaratan klaim pasien hingga satu bulan. Satu bulan setelah semua persyaratan dianggap lulus verifikasi, petugas asuransi baru mengirim semua berkas tersebut ke KCP Jasa Raharja Wil. Tegal. Hal ini sebenarnya tidak sesuai dengan PKS yang sudah disepakati bersama antara Jasa Raharja dengan Rumah Sakit Bhakti Asih.

4. **Hambatan atau Masalah Pada Proses Penyelesaian Klaim Asuransi**

Hasil wawancara dengan petugas asuransi yang bersangkutan selama ini ada 2

faktor penyebab pencairannya terlambat yaitu faktor internal dan eksternal.

a. Faktor Internal

Faktor internal yang menjadi penyebab terlambatnya pancairan klaim yaitu kurangnya ketelitian petugas asuransi karena terlalu banyaknya job desk satu petugas. Petugas asuransi disini tidak hanya mengurus satu asuransi melainkan mengurus semua asuransi yang bekerja sama dengan Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes.

b. Faktor Eksternal

Faktor eksternal yang menjadi penyebab terlambatnya klaim yaitu dari sistem komputerisasi. Dari Jasa Raharja sendiri masih menggunakan sistem manual. Sementara di jaman yang serba digital ini seharusnya Jasa Raharja menggunakan sistem online yang ngelink ke seluruh Indonesia. Sehingga dapat mempercepat proses pencairan klaim. Selain itu yang menyebabkan pencairannya terlambat yaitu jika pasien / korban kecelakaan mengalami kecalakaan diluar wilayah Tegal Brebes Slawi. Tetapi melakukan pengklaiman di KCP. Jasa Raharja Tegal. Hal ini menjadi salah satu faktor pencairannya terlambat dikarenakan ada

aturan dari Jasa Raharja sebelum melakukan pencairan petugas Jasa Raharja melakukan survey ke TKP korban kecelakaan sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama bahkan sampai berbulan-bulan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Bhakti Asih Brebes, penulis mengemukakan kesimpulan sebagai berikut :

1. Peran petugas sangat berpengaruh besar dalam proses penyelesaian klaim asuransi dalam hal pengumpulan dan pengolahan data persyaratan klaim.
2. Persyaratan klaim asuransi tergolong banyak dan rumit karena pada salah satu poin persyaratan sifatnya kumulatif (dikumpulkan berkas selama periode satu bulan).
3. Berdasarkan penelitian Jenjang Waktu Penyelesaian Klaim Setelah Persyaratan Dilengkapi yang terjadi yaitu dalam waktu 1 bulan setelah semua berkas-berkas persyaratan klaim pasien terkumpul, Petugas asuransi baru mengirim semua berkas ke KCP Jasa Raharja Wil. Tegal. Dengan demikian proses pencairan lebih lama.
4. Hambatan serius yang terjadi yaitu banyaknya job desk satu petugas yang memunculkan potensi kurang ketelitian petugas asuransi dalam pengumpulan dan verifikasi berkas klaim pasien.

Selain itu dari pihak Jasa Raharja masih menggunakan system manual, belum adanya system online sehingga untuk proses pencairan membutuhkan waktu yang lama dan potensi kesalahan dalam proses pencairan juga tinggi.

Saran

1. Sebaiknya lebih ditingkatkan kembali kerja sama antara petugas terkait untuk meningkatkan mutu pelayanan yang baik lagi.
2. Sebaiknya persyaratan klaim lebih efisien dan tidak kumulatif.
3. Sebaiknya jenjang waktu pengumpulan berkas-berkas klaim jangan sampai menunggu 1
- (satu) bulan. Seharusnya jenjang waktu pengumpulan berkas-berkas klaim disesuaikan dengan PKS antara Rumah Sakit Bhakti Asih dan Jasa Raharja yaitu kurang lebih 14 (empat belas) hari kerja setelah persyaratan-persyaratan lengkap.
4. Sebaiknya untuk petugas asuransi ditambah 1 (satu) lagi untuk proses verifikasi berkas agar lebih teliti dalam penndataan (input data). Selain itu dari pihak Jasa Raharja segera dibuatkan system online yang ngelink ke seluruh Indonesia agar tidak menghambat proses pencairan klaim dan meminimalisir kesalahan yang terjadi dalam hal pencairan

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2008. PERMENKES R.I No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: MENKES
- Azwar, Azrul. 1996. *“Pengantar Administari Kesehatan, edisi ketiga”* Jakarta: PT. Bina rupa aksara.
- Huffman, Edna K. 1994. *“Management Medical Record”* Edition Ninth: Physician Recond Company
- Darmawi, Herman. 2004. *“Manajemen Asuransi”*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Murti, Bhisma. 2000. *“Dasar-Dasar Asuransi kesehatan.”*.Yogyakarta: KANISIUS
- Pranoto, Toto. 2017 *”Service Transformation Perjalanan Jasa Raharja Mencapai Service Excellent”* Jakarta: PT Jasa Raharja
- Sugiyono, *Metode Penelitian kuantitatif, kualitatif*. Bandung: ALFABETA, 2008
- G. Sefila, Consuelo. *Penghantar Metode Penelitian*. Jakarta: UI-PRESS, 1993
- J. Moleong, Lexy. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2004