



Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021

Alex Sander¹, Laela Indawati², Lily Widjaja³, Nanda Aula Rumana⁴

^{1,2,3,4}Program Studi Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul, Jakarta, Indonesia

Email: ¹alexandersinaga25@gmail.com, ²laela.indawati@esaunggul.ac.id,

³lily.widjaja@esaunggul.ac.id, ⁴nanda.rumana@esaunggul.ac.id

Abstract

BPJS claim returns have 2 types of returns, the first is a purification failure or a return that occurs due to incompatibility and incompleteness of patient administration, such as patient eligibility letter number (SEP), class of care, and way of returning the patient. The second is pending, this return occurs due to discrepancies and incomplete diagnoses, diagnosis codes and service files received by inpatient BPJS patients submitted to BPJS. Therefore, officers must have thoroughness and understanding when carrying out their duties. This study was conducted to determine the factors causing the return of BPJS claims for inpatients at the Duren Sawit Hospital, East Jakarta in 2021 using a descriptive quantitative approach, by providing an overview and results regarding the factors causing the return of BPJS claims for inpatients. The results of the study used 227 samples of claim files that were returned by the BPJS verifier and obtained 2 (two) types of claim returns. 54 (23.8%) failed to be purified and 173 (76.2%) pending claim files. The most reason for returning claims is that the diagnosis is not supported by treatment and supporting results. There are 2 factors hindering the identification of 5M. Man factor: human error, competence of officers, and the absence of a casemix team. Material: inaccuracy of diagnosis in electronic medical resume so that there is inaccuracy when coding patient diagnosis. There are no barriers to the Money, Method, Machine factors. To get maximum results when submitting BPJS claims for inpatients, hospitals should pay attention to the competence of officers and socialize policies that are in accordance with the system run by the hospital.

Keywords: 5M, Claim File, Claim Return

Abstrak

Pengembalian klaim BPJS memiliki 2 jenis pengembalian yaitu pertama adalah gagal terpurifikasi atau pengembalian yang terjadi karena ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan administrasi pasien, seperti nomor surat egibilitas pasien (SEP), kelas rawat, dan cara pulang pasien. Kedua adalah pending, pengembalian ini terjadi karena ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan diagnosis, kode diagnosis dan berkas pelayanan

Penulis Korespondensi:

Alex Sander | alexandersinaga25@gmail.com

yang diterima oleh pasien BPJS rawat inap yang diajukan kepada BPJS. Maka dari itu petugas wajib memiliki ketelitian dan pemahaman saat menjalankan tugasnya. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021 menggunakan metode deskriptif pendekatan kuantitatif, dengan memberikan gambaran serta hasil mengenai faktor penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap. Hasil penelitian menggunakan 227 sampel berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS dan didapatkan 2 (dua) jenis pengembalian klaim. Gagal terpurifikasi 54 (23,8%) dan pending 173 (76,2%) berkas klaim. Alasan pengembalian klaim terbanyak adalah diagnosis tidak diperkuat dengan tatalaksana dan hasil penunjang. Terdapat 2 faktor hambatan dari indentifikasi 5M. Faktor *Man* : *human error*, kompetensi petugas, dan tidak adanya tim *casemix*. *Material* : ketidaktepatan diagnosis pada resume medis elektronik sehingga terjadinya ketidaktepatan saat melakukan pengodean diagnosis pasien. Tidak ada hambatan pada faktor *Money*, *Method*, *Machine*. Untuk mendapatkan hasil maksimal saat mengajukan klaim BPJS pasien rawat inap, sebaiknya rumah sakit memperhatikan kompetensi petugas dan mensosialisasikan kebijakan yang sesuai dengan sistem yang dijalankan oleh rumah sakit.

Kata Kunci: 5M, Berkas Klaim, Pengembalian Klaim

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi – tingginya (Pemerintah RI, 2009). Untuk mewujudkan hal tersebut, rumah sakit perlu menyelenggarakan pelayanan rekam medis untuk menunjang pemberi pelayanan kesehatan.

Rekam medis adalah kumpulan berkas atau kesan dari sesuatu yang diucapkan atau dituliskan mengenai keadaan pasien dari masa ke masa. Sifatnya rahasia, informasi yang terkandung didalamnya hanya dapat diberikan atau dikeluarkan sesuai dengan peraturan perundang – undangan kerahasiaan yang berlaku dalam profesi kedokteran atau berdasarkan ketentuan negara. Dalam mengelola rekam medis banyak hal yang harus diperhatikan karena dalam melakukan pengisian, perubahan, penyimpanan dan pemusnahan, masing – masing dari aktivitas tersebut hanya orang atau profesi tertentu yang dapat melakukannya (Widjaja, 2015). Rekam medis sangatlah penting di era BPJS, karena rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti atas pelayanan yang diberikan rumah sakit terhadap pasien.

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Untuk bisa mengikuti program BPJS ini harus terdaftar di BPJS dengan cara mendaftarkan diri dan membayar iuran disetiap bulannya. Bagi masyarakat yang tidak mampu maka iuran disetiap bulannya akan ditanggung oleh pemerintah (Pemerintah RI, 2011). Iuran ini nantinya akan digunakan sebagai pengganti biaya atas pelayanan kesehatan yang diterima peserta. Biaya pelayanan

kesehatan yang diterima peserta BPJS akan diajukan oleh rumah sakit dengan cara *reimburts* atau klaim.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya dengan dilengkapi dokumen pendukung yaitu fotocopy kartu BPJS, surat rujukan, surat egibilitas pasien (SEP), surat bukti perawat, surat pernyataan biaya yang harus dibayar (Perry & Ardhitya Tyas, 2015). Cara pembayaran BPJS adalah dengan cara klaim yang dilakukan pada sistem aplikasi yang bernama *INA-CBGs*, dalam penggunaan sistem aplikasi *INA-CBGs* dibutuhkan suatu kode untuk suatu diagnosis yang biasanya dilakukan oleh koder. Tugas dan wewenang koder yaitu mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode diagnosis penyakit dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM, melakukan klarifikasi dengan dokter, entri data, *coding/grouping* dengan *INA-CBGs*, menyerahkan hasil *grouping* ke verifikator internal (Susanti, 2018).

Berdasarkan Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional persyaratan tersebut harus lengkap dan sesuai saat diajukan kepada verifikator BPJS. Ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian administrasi akan menyebabkan terjadinya pengembalian klaim (Pemerintah RI, 2018). Pengembalian klaim akan mempengaruhi pembiayaan pelayanan dan menghambat operasional rumah sakit.

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Indonesia menggunakan sistem pembayaran prospektif untuk metode pembayaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Lanjutan (FKRTL). Metode pembayaran prospektif dikenal dengan *case based payment (casemix)*. Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper* atau sistem *INA-CBGs* (Pemerintah RI, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Cathryn Gabriella terhadap faktor yang mempengaruhi pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Pemerintah Fatmawati Tahun 2020 pada bulan Maret – Mei terdapat 218 berkas klaim pasien rawat inap yang dikembalikan, yang terdiri dari tiga jenis pengembalian yaitu akibat Faktor Administrasi Kepesertaan 1,8%, Verifikasi Administrasi Pelayanan 17%, dan Verifikasi Pelayanan 81,2%. Faktor pengembalian yang disebabkan oleh verifikasi pelayanan adalah faktor pengembalian yang paling sering terjadi di Rumah Sakit Umum Pemerintah Fatmawati pada tahun 2020 (Gabriella, 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Laela Indawati di Rumah Sakit Umum Pemerintah Fatmawati tahun 2016 terhadap pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap pada bulan Januari – April terdapat 1719 klaim yang dikembalikan, terdiri dari empat kategori yaitu Perbaikan Administrasi 19%, Pinjam Status 7%, Konfirmasi Koding 36%, dan Kelengkapan Resume 38%, dari empat faktor tersebut pengembalian terbanyak adalah dari kategori Kelengkapan Resume 38% (Indawati, 2019).

Keterlambatan pengiriman berkas klaim berdampak kepada penerimaan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan. Keterlambatan penerimaan pembayaran ini mempengaruhi arus kas rumah sakit, hal ini mempengaruhi kebijakan alokasi dan perencanaan anggaran rumah sakit. Kebijakan ini tentunya mempengaruhi kualitas mutu layanan di rumah sakit dalam dimensi kompetensi, dimensi efektifitas pelayanan, dimensi keamanan dan dimensi kenyamanan pelayanan (Anyaprita, 2020). Oleh karena itu

pembayaran biaya klaim BPJS sangat berpengaruh terhadap lancarnya keberlangsungan sistem operasi atau sistem perencanaan rumah sakit dalam menjaga dan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Duren Sawit adalah rumah sakit Tipe B. RSKD Duren Sawit memiliki 2 pelayanan, pertama pelayanan khusus terkait kesehatan jiwa dan penyalahgunaan narkotika dengan tarif pelayanan kesehatan BPJS Tipe A, kedua adalah pelayanan umum dengan tarif pelayanan kesehatan BPJS Tipe B. Jumlah kunjungan pasien BPJS rawat inap selama tahun 2021 sebanyak 16.106 pasien rawat inap. Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta yang terletak di Jl. Duren Sawit Baru No.02 Duren Sawit, Jakarta timur. Visi RSKD Duren Sawit adalah Sebagai Rumah Sakit Dengan Pelayanan Kesehatan Jiwa Dan Mental Yang Berstandar Internasional. RSKD Duren Sawit merupakan rumah sakit khusus yang menangani pengidap penyakit dengan gangguan kejiwaan dan penyalahgunaan narkotika.

Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit memiliki 2 jenis pengembalian klaim yaitu gagal terpurifikasi dan pending. Gagal terpurifikasi adalah gagalnya pembacaan oleh sistem karena adanya kesalahan dalam memasukan administrasi pasien pada sistem klaim BPJS seperti nomor SEP, tanggal masuk / keluar pasien, dan cara pulang pasien. Pengembalian klaim pending adalah terjadi karena ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan berkas pelayanan, hal ini yang menyebabkan tidak lolosnya berkas klaim pada saat verifikasi pelayanan yang dilakukan oleh verifikator BPJS. Untuk pengembalian karena perihal perberdaan persepsi atau ketidaksepakatan (*dispute*) klaim, pengembalian ini dikategorikan pada pengembalian pending.

Untuk melihat gambaran awal penelitian terhadap faktor penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur. Peneliti melakukan observasi pendahuluan di Unit Mobilisasi Dana Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur pada bulan November – Desember tahun 2021, dengan mengambil data pengembalian klaim bulan September tahun 2021 untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian klaim BPJS.

Bulan September tahun 2021 memiliki populasi 411 berkas klaim pasien rawat inap yang diajukan kepada BPJS, dari 411 berkas klaim pasien rawat inap terdapat 136 (33,09%) yang dikembalikan oleh verifikator BPJS. Pengembalian tersebut terdiri dari, 38 (27,95%) berkas klaim yang gagal terpurifikasi dan 98 (72,05%) pending. Dari total pengajuan berkas klaim pasien rawat inap, berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS karena didasari oleh ketatalaksanaan sesuai Surat Edaran Menteri Kesehatan No.HK.02.03/3/2411/2018 tentang Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBGs Tahun 2018.

Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021” dengan harapan penelitian ini dapat berpengaruh pada perkembangan keilmuan dan dapat meminimalisir ketidaktepatan pengodean pada klaim BPJS.

METODE

Tempat penelitian ini dilaksanakan di RSKD Duren Sawit yang berada di Jl. Duren Sawit Baru No.02, RW 006, Pd. Bambu, Kec. Duren Sawit, Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 13430, di Unit Mobilisasi Dana. Keseluruhan penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2021 – Agustus 2022. Observasi awal dilaksanakan pada bulan November – Desember 2021, dan penelitian dilaksanakan pada bulan Februari

– Agustus 2022. Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yaitu penulisan bertujuan dapat menggambarkan hasil yang didapatkan terkait pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit yang didukung dengan hasil wawancara dan observasi di Unit Mobilisasi Dana pada bulan Februari – Agustus 2022. Populasi pada penelitian ini diambil dari seluruh berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator BPJS pada bulan Oktober – Desember 2021 berjumlah 526 berkas pending klaim BPJS pasien rawat inap. Besaran sampel menggunakan rumus slovin dengan hasil 227 berkas pengembalian klaim. Peneliti menggunakan teknik systematic random sampling atau biasa disebut dengan sampel acak sistematis, untuk menentukan pengambilan sampel, dan didapatkan dari jumlah populasi/jumlah sampel yaitu $526/227 = 2,3$. Dibulatkan menjadi 2.

Rumus Slovin

$$n = \frac{N}{1+(N \times e^2)} \dots\dots (\text{Sugiyono, 2007}). \quad (1)$$

$$n = \frac{526}{1+(526 \times 5\%^2)}$$

$$n = \frac{526}{1+(526 \times 0.0025)} = 227,21 \text{ (dibulatkan menjadi 227 berkas pending klaim BPJS pasien rawat inap)}$$

Keterangan:

N = Besar Populasi

n = Besar Sampel

e = Toleransi eror terhadap populasi yang diinginkan (5%).

Systematic Random Sampling

$$(k) = \frac{N}{n} \dots\dots (\text{Purhantara, 2010}). \quad (2)$$

$$(k) = \frac{526}{227}$$

$$(k) = 2,3 = \text{(dibulatkan menjadi 2)}.$$

Keterangan:

N = Besar Populasi

n = Besar Sampel

k = Interval Pengambilan Sampel

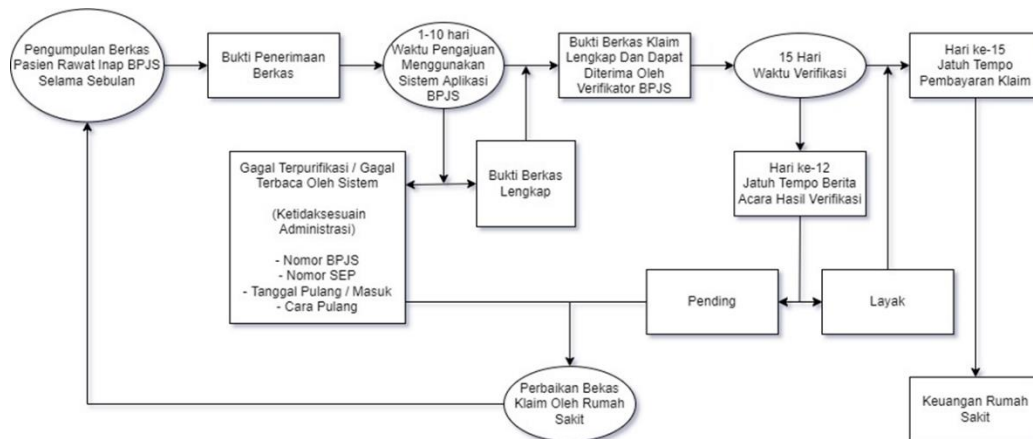
HASIL

Prosedur Pelaksanaan Klaim BPJS Di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Tahun 2021

Berdasarkan hasil penelitian, Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur telah memiliki prosedur yang sesuai dengan regulasi BPJS untuk pengajuan klaim. Regulasi BPJS memiliki batas maksimal untuk waktu pengajuan kelengkapan dan kesesuaian berkas klaim, yaitu 10 hari untuk satu periode atau pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit selama 1 bulan. Waktu pengajuan berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Khusus Daerah Jakarta Timur dimulai dari tanggal 1 sampai tanggal 10 dibulan berikutnya untuk pengajuan klaim pelayanan kesehatan selama sebulan. Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur memiliki regulasi sendiri bahwa untuk batas waktu maksimal pengajuan berkas klaim di tanggal 8, menurut hasil wawancara dengan informan 1, regulasi ini dibuat untuk mencegah terjadinya keterlambatan pengajuan berkas klaim BPJS.

Waktu 10 hari ini adalah masa pembuktian bahwa berkas klaim BPJS yang diajukan perihal administrasi sudah sesuai dan lengkap. Berkas klaim yang tidak sesuai

karena administrasi secara otomatis akan gagal dibaca oleh sistem (gagal terpurifikasi). Berkas ini dapat diajukan kembali dibulan berikutnya. Berkas yang dinyatakan lengkap maka akan diterima dan diverifikasi oleh verifikator BPJS. Verifikator BPJS memiliki batas waktu 12 hari untuk melakukan verifikasi terhadap berkas yang diterima dengan hasil berkas klaim layak dan tidak layak (pending), setiap berkas klaim pending harus disertai berita acara beserta penjelasannya. Pengajuan klaim yang dinyatakan layak, maka pengajuan klaim tersebut akan dibayarkan kepada rumah sakit, maksimal dihari ke 15 setelah pengajuan tersebut dinyatakan lengkap saat proses kelengkapan administrasi. Berikut gambaran proses pelaksanaan klaim BPJS di RSKD Duren Sawit tahun 2021.



Gambar 1. Prosedur Pelaksanaan Klaim BPJS RSKD Duren Sawit

Hasil penelitian yang didapatkan terhadap pengembalian klaim BPJS di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021 adalah untuk berkas Gagal Terpurifikasi maka berkas tersebut akan diperbaiki oleh petugas admisi, sedangkan untuk berkas klaim pending maka akan diperiksa oleh petugas coding dan akan di serahkan kepada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan bila perbaikan pengembalian klaim pending diluar kapasitas petugas coding. Berkas klaim yang dikembalikan pada bulan saat pengajuan tersebut akan diajukan kembali dibulan berikutnya bersama pengajuan klaim bulan tersebut, bila dirasa sudah sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Untuk masa waktu perbaikan berkas klaim pihak rumah sakit memiliki jangka waktu selama 6 bulan sesuai dengan masa aktif nomor SEP yang telah ditetapkan oleh BPJS.

Persentase Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RSKD Duren Sawit Tahun 2021

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit, terdapat Total pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap pada bulan Oktober – Desember tahun 2021 adalah 2018 berkas klaim BPJS pasien rawat inap dengan jumlah pengembalian klaim sebesar 526 atau 26,1% berkas klaim.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan sampel berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS sebanyak 227 berkas klaim, dari jumlah populasi sebesar 526 berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Oktober – Desember tahun 2021. Ditemukan hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Hasil Persentase Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap RSKD Duren Sawit Tahun 2021

Nomor	Alasan Pengembalian	Frekuensi	Persentase
Gagal Terpurifikasi			

1	Ketidaksesuain dan Tidak Terdaftarnya Nomor SEP	13	5,70%
2	Ketidaksesuaian Kelas Rawat	31	13,70%
3	Ketidaksesuaian Cara Pulang	10	4,40%
	Total	54	23,8%
	Klaim Pending		
4	Ketidaksesuain kode diagnosis dan prosedur	4	1,80%
5	Ketidaksesuaian diagnosis utama atau sekunder dengan riwayat penyakit pasien	8	3,50%
6	Ketidaksesuaian diagnosis atau tindakan dan status pasien untuk indikasi rawat inap	2	0,90%
7	Diagnosis tidak diperkuat dengan tatalaksana dan hasil penunjang	150	66%
8	Selisih Biaya	7	3,10%
9	Metode penggunaan alat medis	2	0,90%
	Total	173	76,2%
	Total Keseluruhan	227	100%

Sesuai dengan tabel diatas. Pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit terbagi menjadi 2 jenis, yaitu: Gagal terpurifikasi atau gagal terbacanya berkas klaim oleh sistem saat proses pengajuan kepada verifikator BPJS. Hal ini disebabkan karena kurang atau ketidaksesuain administrasi pasien rawat inap BPJS seperti nomor BPJS, SEP, tanggal masuk / keluar dan cara pulang pasien. Berkas klaim gagal terpurifikasi terdapat 54 (23,8%), pengembalian terbanyak adalah alasan pengembalian ketidaksesuaian kelas rawat sebanyak 31 (13,7%) dan terendah adalah ketidaksesuaian cara pulang terdapat 10 (4,40%) berkas klaim.

Pending klaim adalah pengembalian perihal pelayanan dan pengodean diagnosis, diagnosis yang tidak diperkuat oleh hasil penunjang medis dan tatalaksana (terapi yang diberikan), Kurangnya indikasi rawat inap dan ketidaksesuaian tipe pasien. Berkas klaim pending terdapat 173 (76,2%), dengan alasan pengembalian yang terbanyak adalah diagnosis tidak diperkuat dengan tatalaksana dan hasil penunjang sebanyak 150 (66%) berkas klaim dan yang terendah adalah alasan pengembalian karena terkait metode penggunaan alat medis dan indikasi rawat inap.

Faktor Yang Menyebabkan Pengembalian Klaim BPJS Di RSKD Duren Sawit Tahun 2021

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala satuan pelaksana dan petugas coding di RSKD Duren Sawit terkait dengan faktor hambatan yang menyebabkan terjadinya gagal terpurifikasi dan pending klaim pada kasus pasien rawat inap. Didapatkan informasi faktor hambatannya adalah kompetensi petugas pendaftaran, human eror, tidak adanya tim casemix, ketidaktepatan diagnosis pada resume medis elektronik dan ketidaktepatan pengodean. Faktor yang menyebabkan terjadinya gagal terpurifikasi dan pending klaim BPJS pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit yang berdasarkan dengan identifikasi faktor 5M (*Man, Money, Machine, Methode, Material*) memiliki 2 faktor hambatan yaitu (*Man, Material*).

PEMBAHASAN

Prosedur Pelaksanaan Klaim BPJS Di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Tahun 2021

Berdasarkan hasil penelitian, prosedur pelaksanaan klaim BPJS di RSKD Duren Sawit sudah sesuai dengan regulasi yang ditetapkan oleh pemerintah. RSKD Duren Sawit melakukan pengajuan klaim dibulan berikutnya setelah melakukan pelayanan kesehatan selama sebulan. Pengajuan klaim BPJS memiliki 2 tahap verifikasi, yaitu verifikasi terkait administrasi yang memiliki waktu 10 hari dimulai dari tanggal 1 – 10, dan verifikasi pelayanan maksimal selama 12 hari dimulai saat berkas klaim dinyatakan lengkap secara administrasi. Bila pada terdapat ketidaksesuaian pada kedua tahapan ini maka berkas klaim akan dikembalikan. Pengembalian klaim pada tahap pertama di RSKD Duren Sawit disebut dengan gagal terpurifikasi dan pada tahap kedua disebut dengan pending.

Gagal terpurifikasi disebabkan karena ketidaksesuaian administrasi pasien BPJS, dimana pengisian administrasi pasien ini dilakukan oleh bagian pendaftaran, oleh sebab itu perbaikan terkait pengembalian verifikasi administrasi pasien akan diserahkan kepada bagian pendaftaran pasien untuk dilakukan perbaikan.

Pending disebabkan oleh ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan terkait berkas dan tatalaksana pelayanan kesehatan. Pengembalian pending ini terdapat banyak penyebab, bila terkait dengan pengodean dan hasil penunjang maka perbaikan akan dilakukan oleh petugas coding dan petugas yang berada dibagian mobilisasi dana. Jika pengembalian terkait dengan diagnosa maka pihak mobilisasi dana akan mengkonfirmasi kembali kepada dokter DPJP untuk dilakukan perbaikan.

Sesuai dengan Peraturan BPJS No 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Klaim terkait kelengkapan administrasi pasien BPJS rawat inap yang diajukan oleh FKRTL tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan seluruh berkas klaim kepada FKRTL dan mengeluarkan berita acara pengembalian berkas klaim. Klaim perihal kesesuaian dan kelengkapan berkas pelayanan yang telah dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan dan dinyatakan belum sesuai maka memerlukan konfirmasi, berkas klaim dikembalikan kepada FKRTL untuk mendapatkan konfirmasi. Pengembalian berkas klaim kepada FKRTL disertai berita acara pengembalian berkas klaim berikut penjelasannya (Pemerintah RI, 2018).

Persentase Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RSKD Duren Sawit Tahun 2021

Berdasarkan hasil penelitian, dari jumlah sampel yang digunakan sebanyak 227 berkas klaim yang dikembalikan. Didapatkan hasil persentase pengembalian dengan hasil gagal terpurifikasi 54 (23,8%) dan pending 173 (76,2%) berkas klaim. Pengembalian gagal terpurifikasi terdiri dari, Nomor surat egibilitas pasien (SEP) 13 (5,70%), ketidaksesuaian nomor SEP ini disebabkan oleh beberapa hal, yaitu, petugas pendaftaran keliru dalam pengisian nomor SEP, terjadinya *double* klaim yang disebabkan oleh penerbitan nomor SEP lebih dari 1 nomor dihari yang sama, hal ini terjadi karena pasien mendapatkan pelayanan lebih dari 1 dihari yang sama. Kelas rawat 31 (13,70%), terjadi karena kekeliruan petugas administrasi pada saat menginput kelas rawat diaplikasi rumah sakit. Cara pulang 10 (4,40%) ketidaksesuaian cara pulang pasien disebabkan karena petugas administrasi keliru pada saat memasukan data pasien diaplikasi rumah sakit. Pengembalian gagal terpurifikasi ini akan diserahkan kepada petugas pendaftaran pasien BPJS rawat inap untuk dilakukan perbaikan, sesuai dengan administrasi pasien.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Linda Wati dan Rita Dian Pratiwi terkait faktor – faktor penyebab pengembalian klaim berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yaitu ditemukan sebagian besar permasalahan yaitu karena salah dalam pengentrian item oleh petugas verifikasi BPJS internal rumah sakit. Misalnya Nomor SEP antara Nomor SEP pada laporan individual pasien dengan di lampiran lembar surat Eligibilitas Peserta (SEP) berbeda akibatnya data tidak ditemukan atau sering disebut data tidak ada (DTA), kelas perawatan pada laporan individual berbeda dengan keterangan yang ada di Lampiran SEP ataupun di lembar resume medis, tanggal masuk pada laporan individual pasien berbeda dengan tanggal masuk pada SEP (Megawati & Pratiwi, 2016).

Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh penelitian yang dilakukan oleh Faik Agiwahyunto, Sylvia Anjani dan Arinda Juwita terkait penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat dimana didapatkan bahwa resume medis pasien gawat darurat yang dimana sebagai salah satu syarat untuk pengajuan klaim BPJS kesehatan harus berisikan ringkasan pulang yang mengenai identitas pasien, alasan dirawat, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, tindakan, terapi yang diberikan dan obat yang dibawa pulang, keadaan pulang pasien, waktu kontrol, edukasi pasien, dan autentifikasi (Agiwahyunto, Anjani, & Juwita, 2021).

Faktor Yang Menyebabkan Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RSKD Duren Sawit Tahun 2021

Identifikasi faktor 5M (*Man, Money, Machine, Method, dan Material*), dengan melihat faktor hambatan yang menyebabkan terjadinya pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap melalui wawancara di RSKD Duren Sawit. Terdapat 2 faktor hambatan yang menyebabkan pengembalian klaim. Kedua faktor tersebut adalah :

Faktor *Man* (Manusia) sesuai dengan wawancara yang dilakukan kepada kedua informan. Ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan berkas administrasi pasien, berkas pelayanan dan pengodean diagnosis disebabkan oleh, Petugas Pendaftaran: (*human error*) saat menginput data. Kompetensi petugas pendaftaran pasien rawat inap BPJS memberikan hambatan dalam kelengkapan dan kesesuaian administrasi pasien untuk pengajuan klaim BPJS. Terdapat masih ada petugas pendaftaran yang kompetensinya belum sesuai dan belum adanya pelatihan untuk menambah pengetahuan dan wawasan terkait kelengkapan dan kesesuaian administrasi pasien BPJS rawat inap. Petugas Koding: kekeliruan (*human error*) pada saat melakukan pengodean diagnosis dan prosedur. Dokter: tidak dilakukannya pengecekan kembali pada saat memilih diagnosis yang sesuai diresume medis elektronik pasien. Tim *Casemix*: Hasil wawancara yang dilakukan di RSKD Duren Sawit tahun 2021 didapatkan bahwa RSKD Duren Sawit memerlukan tim *casemix*. Mengingat kompleksnya permasalahan yang ada di pengajuan klaim BPJS yang membutuhkan petugas berkompotensi dan profesional untuk melakukan penanganan terhadap kasus ini. Dengan adanya tim *casemix* ini, rumah sakit memiliki peluang untuk mengurangi pengembalian klaim BPJS.

Menurut Siswati, keberhasilan pelayanan yang diberikan dan berkualitas dapat dilihat dari pengelolaan unit rekam medis dan informasi kesehatan yang didukung dengan tenaga-tenaga profesional. Sumber daya manusia yang memiliki pendidikan yang sesuai dan memiliki kompetensi di bidang ilmu rekam medis dan informasi kesehatan yaitu Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (Siswati, 2018).

Faktor *Material* (Bahan) pada faktor bahan yang memberikan hambatan petugas dalam melaksanakan pengerjaannya adalah, ketidaktepatan diagnosis pada resume medis elektronik. Sesuai dengan hasil wawancara, RSKD Duren Sawit sudah menjalankan sistem elektronik, begitu juga dengan resume medis pasien saat mendapat perawatan oleh

dokter. Dokter menginput diagnosis pasien baik diagnosa utama dan diagnosa sekunder di resume elektronik tersebut. Ketidaktepatan diagnosis terjadi karena saat dokter belum selesai mengetik diagnosis sistem secara langsung memberikan pilihan diagnosis beserta kodenya, disituasi inilah terjadi kekeliruan dalam memilih diagnosis karena dokter tidak memeriksa kembali diagnosis yang dipilih. Sehingga dalam menentukan kodefikasi diagnosis akan terjadi ketidaktepatan pengodean oleh petugas koding.

Sesuai dengan tugas dan tanggung jawab dokter yang disebut di Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG. Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakkan dan menuliskan diagnosis primer dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10, menulis seluruh tindakan/prosedur sesuai ICD-9-CM yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat di rumah sakit (Kemenkes RI, 2014). Oleh sebab itu kesesuaian diagnonis sangat penting dalam pengajuan klaim ke pihak BPJS.

Untuk ketiga faktor lainnya yaitu *Money*, *Machine*, dan *Mathod* berdasarkan hasil wawancara tidak ditemukan hambatan dalam pelaksanaanya kelengkapan dan pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap. Berdasarkan identifikasi faktor 5M (*Man*, *Money*, *Machine*, *Method*, dan *Material*), didapatkan hasil bahwa pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap terjadi karena kompetensi petugas pendaftaran masih belum sesuai, human eror, diagnosis yang tidak sesuai pada resume medis pasien dan belum adanya tim khusus yang menangani klaim BPJS di RSKD Duren Sawit sehingga pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap tidak dilakukan secara maksimal dan keberhasilan klaim belum mencapai 100%.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti di RSKD Duren Sawit dapat disimpulkan sebagai berikut: Prosedur pelaksanaan klaim BPJS yang dilakukan oleh RSKD Duren Sawit sudah sesuai dengan regulasi BPJS Kesehatan. Prosedur pelaksanaan klaim BPJS untuk administrasi pasien, pendaftaran akan dilakukan oleh petugas pendaftaran pada SIMRS lalu akan ditarik oleh verifikator internal mobilisasi dana dan dibuatkan folder perpasien untuk dilakukannya pengodean oleh petugas koding, setelah pengodean maka data akan ditarik oleh Kepala Satuan Petugas (KSP) untuk dilakukannya verifikasi dan berkas klaim akan diajukan keaplikasi *Vclaim* BPJS. Berdasarkan pengajuan klaim BPJS yang diajukan pada bulan Oktober – Desember sebanyak 2018 berkas klaim terdapat 526 (26,1%) berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS. Pengembalian disebabkan oleh gagal terpurifikasi terpurifikasi ditemukan (23,8%) dan pending (76,2%) berkas klaim. Alasan pengembalian terbanyak adalah karena diagnosis tidak diperkuat dengan tatalaksana dan hasil penunjang dengan persentase (66%), alasan ini bisa terjadi karena 2 hal. Kurangnya hasil penunjang atau proses terapi, dan perbedaan persepsi antara pihak rumah sakit dan pihak BPJS. Faktor hambatan yang menyebabkan terjadinya pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap berdasarkan unsur 5M (*Man*, *Money*, *Machine*, *Method*, dan *Material*) didapatkan 2 faktor yang memberikan hambatan, yaitu : *Man*, *human eror*, terdapat masih ada kompetensi petugas pendaftaran pasien rawat inap BPJS yang belum sesuai yang butuh diasah kembali, dan kurangnya tim casemix. *Material*, ketidaksesuain diagnosis pasien rawat inap BPJS yang ada diresume medis elektronik pasien sehingga membuat ketidaktepatan pengodean oleh petugas koding.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, maka peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut: Petugas kesehatan saat melakukan pelayanan kesehatan diharapkan

menjaga ketelitian dari masing – masing petugas saat melakukan pelayanan, agar terhindar dari kendala yang disebabkan oleh *human error*. RSKD Duren Sawit sebaiknya memberikan pelatihan kepada petugas yang kompetensinya belum sesuai, membentuk tim khusus untuk penanganan klaim BPJS, melakukan kordinasi dengan BPJS Kesehatan untuk menetapkan peraturan terhadap pengembalian yang sama, dan mensosialisasikan terkait penggunaan resume medis elektronik kepada dokter dalam melakukan penginputan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, F., Anjani, S., & Juwita, A. (2021). Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 9(2), 113–125. Retrieved from <https://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/113>
- Anyaprita, D. (2020). Dampak Keterlamabatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura. *Muhammadiyah Public Health Journal*, 1, 31.
- Gabriella, C. (2020). *chatrine*. Retrieved from <https://digilib.esaunggul.ac.id/tinjauan-faktor-yang-memengaruhi-pengembalian-berkas-klaim-bpjs-pasien-rawat-inap-di-rumah-sakitumum-fatmawati-tahun-2020-16706.html>
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 113. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.230>
- Kemendes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBGs*.
- Megawati, L., & Pratiwi, R. D. (2016). *Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. 1(1), 36–43.
- Pemerintah RI. *Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. , (2009).
- Pemerintah RI. *Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. , (2011).
- Pemerintah RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*. , (2016).
- Pemerintah RI. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. , (2018).
- Perry & Ardhitya Tyas, A. (2015). Faktor-Faktor Yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim Bpjs Oleh Verifikator Bpjs Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. *Jurnal Universitas Dian Nuswantoro*, 2(2), 1–10.
- Purhantara, W. (2010). *Qualitative Research Methods for Business*.
- Siswati. (2018). *Manajemen Unit Kerja II Perencanaan SDM Unit Kerja RMIK*. 145.
- Sugiyono. (2007). *Metode Penelitian Bisnis*.

- Susanti, M. E. (2018). Tinjauan Peran Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN Di RSUD Darmayu Ponorogo. *Global Health Science*, 3(3), 245–251.
- Widjaja, L. (2015). *Modul 1 Konsep Dasar Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. Universitas Esa Unggul.