
TINJAUAN BERKAS KLAIM TERTUNDA PASIEN JKN RUMAH SAKIT HERMINA CIPUTAT 2018

Supriadi¹, Syifa Rosania²

^{1,2}Program Studi Administrasi Rumah Sakit Program Pendidikan Vokasi UI
Corresponding Author : supriadi@vokasi.ui.ac.id

ABSTRAK

Penelitian ini dilakukan untuk melihat gambaran klaim tertunda karena dikembalikan oleh BPJS Kesehatan dan penyebabnya di Rumah Sakit Hermina Ciputat, Tangerang Selatan Banten. Penelitian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Data yang digunakan adalah berkas klaim yang berasal dari rawat inap dan rawat jalan yang tertunda atau dikembalikan oleh BPJS Kesehatan pada bulan Juni-Agustus 2018. Variabel yang digunakan dalam penelitian adalah jumlah berkas klaim tertunda, alasan pengembalian dan penyebab dari alasan pengembalian tersebut. Hasil penelitian ini menemukan sebanyak 142 berkas klaim rawat inap dan 82 berkas rawat jalan yang dikembalikan. Alasan pengembalian karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Penyebab tidak lolos verifikasi terutama karena ketidaktepatan dari petugas pemberkasan dan adanya perbedaan persepsi tentang kode diagnosa antara Rumah Sakit Hermina Ciputat dengan BPJS Kesehatan. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi bagi Rumah Sakit Hermina Ciputat untuk memperbaiki sistem pemberkasan klaim pasien BPJS Kesehatan agar menurunkan jumlah berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: Klaim Tertunda, Penyebab Tertunda.

ABSTRACT

This study was done to look at the picture of pending claims that were returned by the BPJS Kesehatan and its causes at Hermina Ciputat Hospital, Tangerang Selatan Banten. This research is descriptive with a qualitative approach. The data used were the claim files from inpatient and outpatient treatment that was delayed or returned by BPJS Health in June-August 2018. The variables used in this study are the number of pending claim files, reasons for returning and the reasons for cause of the returning. The findings showed there are 142 file claims for inpatient and 82 outpatient files were returned. Reason for returning because it did not pass the administrative verification of service and verification of health service. The cause of not passing verification was mainly due to inaccuracy of the filing officer and the existence of different perceptions of the diagnosis code between Hermina Ciputat Hospital and BPJS Kesehatan. The results of this study can be an evaluation for Hermina Ciputat Hospital to improve the system of filing claims for BPJS Kesehatan patients in order to reduce the number of claim files returned by BPJS Kesehatan

Keywords: Returned Claims, Returned Cause.

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara resmi dijalankan oleh pemerintah Indonesia mulai 1 Januari 2014. Program JKN ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang diatur dalam Undang-Undang no 24 tahun 2011. Tujuan diselenggarakan program JKN ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak. Pelayanan kesehatan pada program JKN ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Noviatri et al, 2016, Malonda et al, 2015).

Model pembayaran imbal jasa pelayanan yang diselenggarakan oleh rumah sakit pada program JKN ini menggunakan metode pembayaran INA CBGs. Pembayaran model ini merupakan pembayaran berdasarkan diagnosa dan prosedur pengelompokan sesuai dengan karakteristik klinis yang serupa dengan penggunaan sumber daya serupa yang kemudian dikelompokkan berdasarkan tingkat keparahannya (Nurdiah et al, 2016., Artanto, 2018., Yuliyanti et al, 2018).

Sistem pembayaran INA CBGs menggunakan klaim untuk mendapatkan imbal jasa dari pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh

rumah sakit kepada peserta JKN dari BPJS Kesehatan. Proses pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Ketidaklengkapan berkas klaim dapat menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak bisa diklaimkan. Keterlambatan pengajuan klaim dan berkas yang *unclaimed* ini akan menyebabkan keterlambatan pencairan dana yang harusnya diterima oleh rumah sakit (Putra et al, 2016., Yuliyanti et al, 2018).

Penelitian Mutia, (2016) pada Rumah Sakit Singapura Media Citrautama tahun 2014 menemukan 476 berkas yang ditolak dari 9.815 berkas klaim rawat jalan yang diajukan, sedangkan untuk klaim rawat inap ada 233 yang ditolak dari 4.887 berkas klaim yang di ajukan. Feriawati et al, (2015) pada penelitian di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang pada tahun 2015 ada 4 berkas rawat jalan dan 2 berkas rawat inap yang ditolak dari 95 berkas klaim yang diajukan ke BPJS. Berkas klaim yang ditolak disebabkan oleh beberapa hal, antara lain karena masalah kelengkapan berkas yang diajukan tidak memenuhi persyaratan.

Berkaitan dengan beberapa permasalahan di atas, maka tujuan yang ingin dicapai pada penelitian ini adalah untuk melihat gambaran klaim tertunda karena dikembalikan oleh BPJS Kesehatan dan penyebabnya di Rumah Sakit Hermina Ciputat, Tangerang Selatan Banten.

TINJAUAN PUSTAKA

Menurut Permenkes no. 27 tahun 2014 bahwa metode pembayaran prospektif dikenal dengan *Casemix (case based payment)* sudah diterapkan sejak tahun 2008. 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*. Dalam implementasi JKN digunakan pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan metode *casemix* dengan nama INA-CBGs sesuai dengan Perpres no.12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Perpres no. 111 tahun 2013 .

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menurut Permenkes no. 27 tahun 2014 menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi *output* pelayanan. Acuan yang digunakan adalah ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. INA-CBGs merupakan aplikasi sistem teknologi informasi untuk mengelompokan kode diagnosis dan tindakan/prosedur menjadi 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan.

Permenkes no. 28 tahun 2014 dan di Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (2014) menyebutkan bahwa untuk mendapatkan imbal jasa atas layanan kesehatan kepada peserta JKN ,rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim yang diajukan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan tujuannya untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh rumah sakit. BPJS Kesehatan wajib membayar klaim rumah sakit paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

Menurut Permenkes no. 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam pelaksanaan program JKN bahwa klaim jaminan kesehatan adalah suatu bentuk permintaan terhadap pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan.

Dalam Permenkes no 28 tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, (2014) bahwa proses klaim ke BPJS Kesehatan oleh rumah sakit tidak hanya mengklaim lewat sistem yang sudah disediakan akan tetapi juga mengirimkan berkas fisik nyata sebagai bukti ke BPJS Kesehatan. Pada saat mengirimkan berkas-berkas tersebut rumah sakit perlu memperhatikan juga kelengkapan berkas berdasarkan standar yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Berikut merupakan aturan kelengkapan berkas pasien BPJS rawat jalan tingkat lanjutan dalam proses klaim.

Menurut Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim dan Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan tahun 2014,

dalam verifikasi klaim terdapat beberapa tahapan.

Tahapan proses verifikasi klaim, yaitu:

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Pada tahap ini verifikator mengidentifikasi kesesuaian berkas klaim, yaitu antara Surat Elegibitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang telah diinput dalam aplikasi INA CBG's beserta berkas pendukung lainnya

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Pada tahap ini hal-hal yang akan dilakukan adalah:

- a. Dilakukan pencocokan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan.
- b. Berkas akan dikembalikan apabila terjadi ketidaksesuaian kelengkapan dan keabsahan berkas.
- c. Kesesuaian tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis berdasarkan ketetapan direktur rumah sakit secara tertulis.

3. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Tahap ini verifikator wajib memastikan bahwa diagnosis dan prosedur pada tagihan sesuai dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM. Beberapa ketentuan yang harus diperhatikan antara lain bahwa:

- a. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dengan pemeriksaan penunjang (sesuai indikasi medis) dan pemberian obat yang dilakukan pada hari pelayanan yang sama. Jika pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama, maka tidak dihitung sebagai episode baru.
- b. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari, dan pelayanan bedah sehari termasuk dalam pelayanan rawat jalan.
- c. Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan terhadap pasien yang mendapatkan perawatan lebih dari 6 (enam) jam di rumah sakit. Dapat dikatakan pula jika pasien telah mendapatkan pelayanan rawat inap berupa bangsal, ruang rawat inap, atau ruang perawatan intensif walaupun kurang dari 6 (enam) jam, akan tetapi

pasien tersebut sudah terhitung sebagai pasien rawat inap.

- d. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai tindak lanjut dari rawat jalan atau gawat darurat, maka termasuk kedalam satu episode rawat inap dan pelayanan sebelumnya dari rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalam satu episode rawat inap tersebut.
- e. Untuk kasus-kasus spesial, misalnya CMG's, harus dilihat bukti-bukti pendukungnya.
- f. Pada bayi baru lahir, ia tidak memiliki kode diagnosis penyakit hanya diberikan kode bahwa ia hidup di lokasi persalinan, tunggal, atau multipel.
- g. Pasien kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti sebelumnya, maka digunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan diagnosis sekunder untuk kondisi penyakitnya.
- h. Jika ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang mempunyai keterikatan, maka dapat menggunakan satu kode dalam ICD 10.
- i. Diagnosis yang seharusnya dikode menjadi satu, namun dilakukan kode terpisah.

4. Verifikasi menggunakan *software* INACBG's.

Hal yang akan dilakukan pada tahap ini adalah:

- a. Purifikasi data, yaitu melakukan validasi *output* data penagihan oleh rumah sakit pada aplikasi INACBG's terhadap data penerbitan SEP, meliputi No.SEP, nomor kartu peserta, dan tanggal SEP.
- b. Memproses verifikasi administrasi, yaitu melihat kecocokan lembar kerja tagihan terhadap bukti pendukung dan hasil *entry* data dari rumah sakit.
- c. Melihat status klaim yang layak, tidak layak, dan *pending* secara administrasi.
- d. Verifikasi lanjutan, yaitu melakukan verifikasi terhadap *double* klaim RITL maupun RJTL, verifikasi kode INACBG's yang berpotensi salah, verifikasi kode diagnosa yang tidak sesuai, serta pemeriksaan bebas.
- e. Finalisasi klaim.

- f. Melihat status klaim *pending*.
- g. Memberikan umpan balik pelayanan, yaitu mencetak Formulir Persetujuan Klaim (FPK) dan lampiran klaim.
- h. Mengirim klaim *file*.

Pada Permenkes no 28 tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, (2014) menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat inap dan rawat jalan tersebut ke rumah sakit. Berkas-berkas yang dikembalikan ini merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas *pending* dan harus dilengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu berkas klaim yang *pending* ini, harus dikembalikan dalam kurun waktu selambat-lambatnya yaitu 6 (enam) bulan dari berkas tersebut dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Apabila pihak rumah sakit tidak mengembalikan berkas ini dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, maka berkas-berkas pasien BPJS rawat inap dan rawat jalan yang dikembalikan (*pending*) tersebut tidak dapat diklaim oleh pihak BPJS Kesehatan.

Beberapa penelitian menemukan masih banyaknya klaim yang tertunda, antara lain penelitian Nurdiah et al (2016) tentang berkas *unclaimed* di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya menemukan jumlah klaim rawat inap yang tidak tertagih pada tahun 2015 rata-rata 163 berkas klaim setiap bulan, dengan jumlah klaim tertunda yang paling tinggi yaitu sebesar 256 berkas pada bulan Maret dan yang terendah yaitu sebesar 43 berkas pada bulan November. Penelitian Ferawati et al (2015) yang dilakukan di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang, dari 95 berkas terdapat 6 berkas yang tidak lengkap sehingga tidak dapat diajukan sebagai berkas klaim ke BPJS Kesehatan. Pada penelitian Nuraini et al (2019) mengenai penanganan klaim pending JKN di Rumah Sakit Citra Husada Jember mendapatkan klaim tertunda dari bulan Agustus-Desember 2017 untuk berkas klaim rawat inap yang tertunda sebanyak 145 atau rata-rata perbulan 29 berkas klaim dan berkas klaim rawat jalan yang tertunda sebanyak 51 berkas klaim atau rata-rata 10 berkas klaim perbulan.

Penyebab ditundanya atau dikembalikan berkas rekam klaim juga diteliti oleh Irmawati et al (2018) di RSUD R.A Kartini Jepara terhadap berkas klaim rawat inap yang dikembalikan BPJS Kesehatan bulan Maret-April 2017 sebanyak 49 berkas diperoleh gambaran kelengkapan administrasi kepesertaan yang tidak sesuai sebanyak 35 berkas (71%), kesesuaian administrasi kepesertaan 37 berkas (76%), dan kesesuaian administrasi pelayanan 10 berkas (20%). Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai. Sedangkan pada alur pengajuan klaim belum mempunyai Standar Operasional Prosedur(SOP).

Penelitian Putra (2016) di RS PKU Muhammadiyah Gamping, Feriawati et al (2015) di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang dan Malonda (2015) di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano menemukan bahwa sering terjadinya kesalahan dalam menentukan kode diagnosis sehingga menyulitkan proses verifikasi dan mengakibatkan berkas klaim dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan kualitatif yang bertujuan untuk melihat gambaran klaim pasien JKN rawat jalan dan rawat inap yang diajukan oleh Rumah Sakit Hermina Ciputat tetapi dikembalikan lagi atau ditunda pembayaran oleh BPJS Kesehatan. Berkas yang digunakan adalah berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Juni, Juli dan Agustus 2018 yang berasal dari bagian Administrasi JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat.

Tinjauan gambaran ini meliputi jumlah berkas klaim tertunda dan jenis-jenis alasan berdasarkan kelompok;

1. Tidak lolos verifikasi administrasi kepesertaan.
2. Tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan.
3. Tidak lolos verifikasi pelayanan.
4. Tidak lolos verifikasi menggunakan software INACBG's.

Berkas yang tidak lolos verifikasi di atas dikembalikan oleh BPJS Kesehatan ke rumah sakit. Setelah diperoleh alasan pengembalian kemudian

dicari penyebabnya dengan melakukan wawancara mendalam kepada informan yaitu Manager JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Jumlah Berkas Klaim Tertunda.

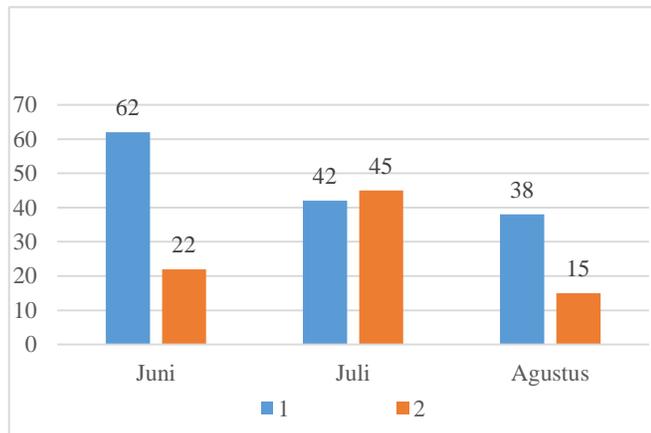
Berkas yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan atas pengajuan klaim dari Rumah Sakit Hermina Ciputat pada bulan Juni, Juli dan Agustus 2018 untuk rawat inap dan rawat jalan adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah Berkas Klaim JKN Tertunda Rawat Inap dan Rawat Jalan Tahun 2018

No	Asal Klaim Tertunda	Juni	Juli	Agustus	Jumlah	Rata-rata	Total Klaim
1	Rawat Inap	62	42	38	142	47,3	1.613
2	Rawat Jalan	22	45	15	82	27,3	25.163
	Total	84	87	53	224	74,7	26.776

Dari tabel 1 terlihat jumlah berkas klaim tertunda dari 3 bulan baik untuk rawat inap dan rawat jalan. Bila dilihat jumlah berkas klaim tertunda untuk rawat inap tertinggi pada bulan Juni 2018 yaitu sebanyak 62 berkas. Total berkas klaim tertunda rawat inap sebanyak 142 berkas atau rata-rata perbulan sebanyak 47,3 berkas. Jumlah ini kira-kira 9% dari total berkas klaim yang diajukan dalam 3 bulan. Jumlah berkas klaim tertunda rawat jalan yang tertinggi pada bulan Juli 2018 yaitu

sebanyak 45 berkas atau rata-rata perbulan sebanyak 27,3 berkas. Jumlah berkas klaim tertunda rawat jalan sebanyak 82 berkas atau sekitar 0,001% dari total berkas klaim yang diajukan dalam 3 bulan. Jumlah berkas klaim tertunda rawat jalan lebih sedikit yaitu 57,7% dari berkas klaim tertunda rawat inap. Total Jumlah berkas klaim tertunda rawat inap dan rawat jalan selama 3 bulan sebanyak 224 berkas.



Gambar 1. Gambaran Jumlah Klaim JKN Tertunda Rawat Inap dan Rawat Jalan RS Hermina Tahun 2018

Pada gambar 1 terlihat bahwa trend berkas klaim tertunda rawat inap menurun pada 3 bulan tersebut, sedangkan trend berkas klaim tertunda rawat jalan pada 3 bulan tersebut terlihat berfluktuasi.

2. Alasan Pengembalian Berkas Tertunda

Jumlah berkas klaim tertunda dari rawat inap pada bulan Juni-Agustus 2018 adalah sebanyak 142 berkas, sedangkan jumlah berkas klaim tertunda dari rawat jalan pada bulan yang sama tahun 2018 adalah sebanyak 82 berkas. Berikut alasan pengembalian berkas rawat inap tertunda:

Tabel 2. Alasan Pengembalian Berkas Klaim Tertunda Rawat Inap dan Rawat Jalan

No	Alasan Pengembalian Klaim Tertunda	Rawat Inap		Rawat Jalan	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	Tidak Lolos Verifikasi Administrasi Kepesertaan	0	0%	0	0%
2	Tidak Lolos Verifikasi Administrasi Pelayanan	71	50%	50	61%
3	Tidak Lolos Verifikasi Pelayanan Kesehatan	68	48%	30	37%
4	Tidak Lolos Verifikasi menggunakan software INACBG's	3	2%	2	2%
Total		142	100%	82	100%

Dari tabel 2 terlihat jumlah tertinggi berkas klaim rawat inap tertunda karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan yaitu sebanyak 71 berkas (50%). Tidak lolos ini dikarenakan tidak adanya indikasi rawat inap dan indikasi general anastesi. Sehingga untuk perbaikannya dilampirkan berkas baru yang tertera indikasi rawat inap dan indikasi general anastesi. Selain itu terdapat 68 berkas (48%) tertunda dikarenakan tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan. Untuk hal ini kebanyakan dikarenakan kode diagnosa yang tidak sesuai. Terdapat 2 kode diagnosa yang digabung jadi 1, tidak ada kode diagnosa, dan kode diagnosa terhapus. Untuk perbaikan berkas ini dilakukan revisi kode diagnosa yang sesuai lalu mencantumkan kode diagnosa untuk berkas yang belum tercantum kode diagnosanya.

Jumlah tertinggi berkas klaim tertunda dari rawat jalan karena tidak lolos dari verifikasi administrasi pelayanan yaitu sebanyak 50 berkas. Tidak lolos ini dikarenakan antara lain tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang, surat rujukan, resume belum lengkap dan lain-lain. Kekurangan ini segera di perbaiki dan dilampiri sesuai kekurangannya, sedangkan berkas tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan karena diagnosa tidak sesuai, diagnosa belum ada dan kategori emergensi. Untuk perbaikannya di lakukan revisi diagnosa yang sesuai dan kategori emergensi.

Pada berkas klaim tertunda untuk rawat inap dan rawat jalan semuanya lolos verifikasi administrasi kepesertaan. Hal ini karena sebelum diajukan, berkas telah diperiksa dengan baik segala berkas terkait administrasi kepesertaan.

3. Hasil wawancara

Untuk mengetahui penyebab berkas klaim pada rawat jalan dan rawat inap tidak lolos

verifikasi, dilakukan wawancara kepada informan yaitu Manajer JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat. Hasil wawancara disimpulkan bahwa penyebab utama adalah kurang telitnya para pegawai yang mengurus coding dan pemberkasan dari berkas klaim yang akan diajukan, namun ada beberapa hal dimana ada perbedaan persepsi antara petugas coding dengan verifikator BPJS Kesehatan, sehingga harus naik banding dan didiskusikan kembali oleh rumah sakit untuk mempertahankan klaim yang telah diajukan.

Penelitian Nurdiah et al,(2016) tentang berkas *unclaimed* di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya mendapatkan bahwa salah satu penyebab klaim tertunda adalah karena kurang pengetahuan petugas klaim karena adanya kekeliruan beberapa petugas saat mengentrikan berkas klaim yang seharusnya tidak di entri karena memang sudah tidak layak dari awalnya seperti mengentrikan berkas klaim pasien kasus KLL.

Sedangkan penelitian Artanto,(2016) tentang penyebab klaim tertunda di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo menemukan bahwa ada beberapa DPJP yang mempunyai coding yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu karena sudah diketahui besaran nilainya dan meminta *case manager* untuk mengisi kode diagnosa yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit. Hal ini menyebabkan tidak lolos verifikasi karena verifikator BPJS berhak untuk menilai kode yang sesuai dengan diagnosa dan tindakan yang dilakukan oleh DPJP. Kejadian seperti ini membuat unit penjaminan harus berkoordinasi dengan DPJP dalam pengkodean ulang sehingga klaim bisa terbayarkan.

SIMPULAN

Berkas klaim tertunda yang diajukan oleh Rumah Sakit Hermina Ciputat pada bulan Juni, Juli dan Agustus 2018 sebanyak 224 berkas, yaitu untuk rawat inap sebanyak 142 berkas dari 1.613 berkas atau 9%, sedangkan berkas tertunda dari rawat jalan sebanyak 82 berkas dari 25.163 berkas atau 0,001%.

Alasan pengembalian berkas klaim tertunda untuk rawat inap terbanyak adalah tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan sebanyak 71 berkas atau 50% selanjutnya tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan sebanyak 68 berkas atau 48%. Untuk berkas klaim rawat jalan tertunda terbanyak karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan sebanyak 50 berkas atau 61% dan tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan sebanyak 30 berkas atau 37%.

Penyebab berkas klaim tertunda tidak lolos verifikasi berdasarkan hasil wawancara adalah dikarenakan kurang telitnya para pegawai yang mengurus koding dan pemberkasan dari berkas klaim. Selain itu adanya perbedaan persepsi antara petugas koding dengan verifikator BPJS tentang koding berkas yang diajukan. Peneliti lain menemukan bahwa ada beberapa DPJP yang mempunyai koding yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu karena sudah diketahui besaran nilainya dan meminta *case manager* untuk mengisi kode diagnosa yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit. Hal ini menyebabkan tidak lolos verifikasi karena verifikator BPJS berhak untuk menilai kode yang sesuai dengan diagnosa dan tindakan yang dilakukan oleh DPJP.

SARAN

Untuk petugas koding diharapkan untuk lebih teliti lagi, mengikuti perkembangan dengan pelatihan terkait pengkodean. Selain itu perlu mempelajari lagi buku Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan agar mengurangi perbedaan persepsi koding diagnosa dengan verifikator BPJS Kesehatan.

Penelitian ini dapat dilanjutkan dengan penelitian yang membandingkan kondisi dari rumah sakit yang memiliki permasalahan dalam berkas klaim tertunda. Perbandingan ini dapat dilakukan antara lain untuk sumber daya manusianya, Standar Prosedur Operasional yang

digunakan serta sarana elektronik yang dipakai seperti komputer, jaringannya dan lain-lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Artanto, A.E.P. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4 (2).
- Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan. (2014). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Direktorat Pelayanan.
- Feriawati, P., & Kusuma, A.P. (2015) *Faktor-Faktor Keterlambatan Pengklaiman BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang Tahun 2015*. http://eprints.dinus.ac.id/17499/1/jurnal_16477.pdf
- Irmawati., Kristijono, A., Susanto, E., Belia, Y. (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 1(1).
- Malonda, T.D., Rattu, A.J.M., Soleman, T. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *JIKMU*, 5(2b)
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan 2014. Diakses dari <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs//unduh/index/47>
- Mutia, H. (2016). Gambaran Klaim Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Yang Ditolak Pada Layanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya Jawa Barat. Skripsi. Peminatan Program Studi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Noviatri, L.W., Sugeng. (2016). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. *Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)*, 1(1) Diakses dari <http://journal.ugm.ac.id/jkesvo>.
- Nuraini, N., Wijayanti, R.A., Putri, F. (2019). Optimalisasi Manajemen Penanganan

-
- Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Jurnal Kesmas Indonesia*, 11(1), 24-35.
- Nurdiah, R.S., Iman, A.T. (2016). Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(2), 2337-585X (Printed)
- Kemntrian Kesehatan RI. (2014). Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) (Permenkes Nomor 27 Tahun 2014)
- Kemntrian Kesehatan RI. (2014). Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Permenkes Nomor 28 Tahun 2014)
- Kemntrian Kesehatan RI. (2015). Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (Permenkes Nomor 36 Tahun 2015)
- Putra.D.A.A, Kusumo.M.P, (2016) *Model Verifikasi Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping*. Prosiding Interdisciplinary Postgraduate Student Conference 3rd Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Yuliyanti, C., Thabrany, H. (2018). Delayed Claim Payment And The Threat To Hospital Cash Flow Under The National Health Insurance Scheme In Indonesia. Proceedings of International Conference on Applied Science and Health (3) Diakses dari <https://publications.inschool.id/index.php/icaash/article/view/223>.