



TINJAUAN FAKTOR PENYEBAB KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP TERTUNDA DI RSUD TARAKAN

Overview of the Factors Caused BPJS Health Claims Delayed Hospitalization at Tarakan Hospital

^{1*)}Sonaria Tambunan, ²⁾Daniel Happy Putra, ³⁾Laela Indawati, ⁴⁾Puteri Fannya

^{1,2,3,4)}Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan
Universitas Esa Unggul.

Email: ^{1)}sonaria60@gmail.com, ²⁾daniel.putra@esaunggul.ac.id, ³⁾indawati19@gmail.com,
⁴⁾puteri.fannya89@gmail.com

*Correspondence: sonaria60@gmail.com

DOI:

10.36418/comserva.v1i10.134

Histori Artikel:

Diajukan:
20/01/2022

Diterima:
21/01/2022

Diterbitkan:
28/02/2022

ABSTRAK

Kegiatan pembiayaan di RSUD Tarakan didominasi oleh Peserta BPJS Kesehatan, pada pengajuan klaim pasien peserta BPJS Kesehatan masih ditemukan adanya keterlambatan pada pengajuan klaim dampaknya kegiatan operasional rumah sakit akan terhambat yang berhubungan mengenai ketersediaan obat, pengadaan alat medis serta pembayaran insentif kinerja pegawai bisa terhambat. Maksud kajian ini dilaksanakan guna mengetahui faktor klaim tertunda karena dikembalikan oleh BPJS Kesehatan di RSUD Tarakan. Kajian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Data yang dipakai adalah berkas klaim yang bersumber dari rawat inap tertunda dengan status sudah dikembalikan oleh BPJS Kesehatan pada bulan Mei-November 2021. Variabel yang dipakai pada kajian adalah jumlah berkas klaim tertunda, alasan faktor pemicu klaim BPJS Kesehatan tertunda tersebut. Hasil kajian ini mendapati sejumlah 532 berkas klaim rawat inap yang dikembalikan. Didapatkan alasan faktor yang tertunda sebab tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan lainnya. Faktor utama pemicu tidak lolos verifikasi adalah sebab ketidakjelian dari petugas pemberkasan dan adanya perbedaan sudut pandang mengenai kode diagnosa antara RSUD Tarakan dengan BPJS Kesehatan. Hasil kajian ini bisa dijadikan bahan acuan bagi RSUD Tarakan untuk membenahi pelaksanaan sistem pemberkasan klaim pasien BPJS Kesehatan agar meminimalisirkan jumlah berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan.

Kata kunci: Faktor Tertunda; Klaim Tertunda; BPJS Kesehatan.

ABSTRACT

Financing activities at the Tarakan Hospital are dominated by BPJS Health participants, in submitting claims for patients participating in BPJS Health, there are still delays in submitting claims, the impact of hospital operational activities will be hampered related to the availability of drugs, procurement of medical equipment and payment of employee performance incentives can be hampered. The purpose of this study was to determine the factor of delayed claims because they were returned by BPJS Health at Tarakan Hospital. This study is descriptive with a quantitative approach. The data used are claim files originating from delayed hospitalization with the status of being returned by BPJS Health in May-November 2021. The variable used in the study is the number of pending claim files, the reason for the triggering factors for the delayed BPJS Health claim. The results of this study found that a total of 532

inpatient claim files were returned. The reason for the delayed factor was found because it did not pass the verification of service administration and verification of other health services. The main trigger factors that did not pass the verification were due to the lack of observance of the filing officer and the different points of view regarding the diagnostic code between Tarakan Hospital and BPJS Health. The results of this study can be used as reference material for Tarakan Hospital to improve the implementation of the BPJS Health patient claim filing system in order to minimize the number of claim files returned by the BPJS Health.

Keywords: Delayed Factor; Pending Claims; BPJS Health.

PENDAHULUAN

Semua warga negara pantas memperoleh pelayanan kesehatan yang merupakan hak dasar setiap orang, dan mewasiatkan bahwa jaminan kesehatan bagi masyarakat adalah tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Maka dari itu untuk menjamin dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh maka pemerintah mengembangkan suatu program yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), JKN dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

BPJS adalah badan hukum yang didirikan guna melaksanakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nomor 3 Tahun 2017 tata cara penagihan klaim ke BPJS disebutkan bahwa tagihan tagihan diajukan setiap 10 hari untuk bulan selanjutnya dan BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta dalam jangka waktu 15 hari semenjak dokumen tagihan tagihan diterima secara lengkap. Pelaksanaan prosedur klaim penagihan pasien BPJS Kesehatan berdasarkan persyaratan dan serta dokumen yang lengkap, jika tidak lengkap maka belum bisa dilakukannya proses pengklaiman ([BPJS Kesehatan](#), 2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan ([Djatiwibowo](#) et al., 2016) dengan judul Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo. Hasil dari penelitian menunjukkan beberapa indikator yang menyebabkan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo, didapatkan selisih INA CBG sebesar 4,8%. Hal ini dikarenakan koding dan diagnosis rumah sakit berbeda dengan koding validator BPJS kesehatan. Penyetaraan sudut pandang diagnosis antara DPJP, kode rumah sakit, dan verifikator harus digalakkan guna lebih mengurangi perbedaan pengkodean ([Purwandono](#), 2018).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh ([Supriadi & Rosania](#), 2018) dengan judul Tinjauan Berkas Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018. Hasil kajian ini ditemukan 142 klaim rawat inap yang diajukan dan 82 klaim rawat jalan yang dikembalikan. Alasan pengembalian sebab tinjauan manajemen layanan dan tinjauan layanan kesehatan tidak lulus. Alasan tidak lolos verifikasi terutama karena ketidaktepatan petugas filing dan perbedaan sudut pandang terhadap kode diagnostik RS Hermina Ciputat dan BPJS Kesehatan. Hasil kajian ini sebagai bahan acuan RS Hermina Ciputat guna menyempurnakan sistem pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan untuk mengurangi jumlah dokumen klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan ([Supriadi & Rosania](#), 2018).

Berbagai persoalan tersebut, alhasil tujuan yang ingin dikejar pada kajian ini adalah guna meninjau sebab terjadinya klaim BPJS kesehatan rawat inap di RSUD Tarakan yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan.

METODE

Kajian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yang bermaksud guna mengetahui faktor penyebab klaim BPJS kesehatan rawat inap tertunda yang diusulkan oleh RSUD Tarakan namun dikembalikan atau ditangguhkan pembayaran oleh BPJS kesehatan. Berkas yang dipakai adalah berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Mei- November 2020 yang berasal dari bagian Mobilisasi dana RSUD Tarakan

Berdasarkan faktor yang didapatkan penyebab klaim BPJS kesehatan rawat inap tertunda berdasarkan kelompok meliputi jumlah berkas klaim, sebagai berikut:

1. Administrasi
2. Koding
3. Penunjang medis lainnya

Berkas yang tidak lolos pada tahap verifikasi di atas dikembalikan oleh BPJS kesehatan ke rumah sakit. Sehabis didapatkan alasan pengembalian berkas lalu dicari pemicunya dengan melaksanakan interview intens kepada informan yaitu mobilisasi dana di RSUD Tarakan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Alur dan Prosedur Faktor Penyebab Klaim Tertunda Di RSUD Tarakan

Berdasarkan Hasil Penelitian ini didapatkan alur klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Tarakan adalah sebagai berikut:

1. Pasien selesai pelayanan, pulang rawat di rumah sakit.
2. Kelengkapan berkas klaim pasien BPJS kesehatan diberikan di unit casemix untuk diverifikasi resume medis, diagnosa utama, sekunder serta tindakan.
3. Petugas coder menginput kode ICD 10 dan ICD 9 CM
4. Sesudah itu oleh petugas verifikator internal rumah sakit, memeriksa kelengkapannya berkas klaim yang akan dikirimkan kepada pihak BPJS Kesehatan.
5. Sesudah selesai diverifikasi berkas klaim BPJS Kesehatan, berkas klaim langsung dikirimkan oleh petugas mobilisasi dana kepada pihak BPJS kesehatan.
6. Petugas BPJS yang melakukan verifikasi klaim.
7. Jika layak, klaim diterima oleh pihak BPJS Kesehatan.
8. Jika tidak layak, pengembalian berkas klaim dari BPJS Kesehatan kepada rumah sakit dan diperbaiki oleh verifikator internal BPJS rumah sakit.
9. Selesai.

Menurut hasil interview dengan petugas mobilisasi dana, pada klaim pasien BPJS Kesehatan di RSUD Tarakan belum mempunyai standar prosedur operasional (SPO) tetapi hanya memiliki alur yang menjadi acuan dalam proses pelaksanaan pengklaiman.

Petugas mengatakan, “tidak ada, soalnya saya dan antar petugas yang mengurus klaim tidak saling koordinasi dan kurang komunikasi untuk pembuatan standar prosedur operasional, karena selama berjalannya proses pengklaiman ini berjalan lancar saja dengan hanya adanya alur”. Hasil wawancara tersebut dikatakan bahwa belum adanya standar prosedur operasional dan yang menjadi patokan dalam pengklaiman adalah alur, alur klaim BPJS Kesehatan dilaksanakan dengan baik selama proses pengklaiman.

Berdasarkan penelitian analisis keterlambatan pengajuan klaim BPJS di rumah sakit UNS didapatkan tidak adanya SPO tentang tata cara pengajuan klaim di rumah sakit UNS akan menyebabkan berbagai sebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS yang mencakup kurangnya jumlah tenaga SDM, kualitas maupun kuantitas. Dari sisi volume, rumah sakit harus menambah jumlah staf guna membantu proses pengajuan klaim. Selain itu dari segi kualitas, pihak rumah sakit

harus meningkatkan insentif pegawai akan pentingnya proses pengajuan klaim, dokumen klaim yang tidak komplit dapat menyulitkan pekerjaan petugas klaim karena harus melengkapi berkas klaim sebelum diserahkan ke BPJS, non-formulir tertulis dari dokter. kepatuhan Kejelasan, penggunaan singkatan yang tidak baku menimbulkan kesulitan dalam proses pengkodean Kurangnya sarana dan prasarana dalam proses pengajuan klaim, dalam proses klaim, jika berkas klaim tidak lengkap akan memberatkan pekerjaan claim adjuster karena harus menyerahkan kepada BPJS Melengkapi dokumen klaim sebelumnya ([Alifia Harnanti & Purwanti](#), 2018).

Sesuai dengan hasil wawancara yang dilakukan kepada petugas mobilisasi dana dikatakan bahwa belum memiliki standar prosedur operasional terkait dengan klaim pasien BPJS kesehatan rawat inap. Pelaksanaan pekerjaan diunit yang terlibat di pengklaiman tidak adanya komunikasi yang baik dan juga koordinasi untuk pelaksanaan standar prosedur operasional dikarenakan selama petugas melaksanakan pengklaiman yang menjadi patokannya adalah alur dan tidak ditemukannya kendala dalam proses alur klaim tersebut. Namun ketika alur sesuai akan tetap berpengaruh terhadap pengklaiman apabila tidak memiliki standar prosedur.

Dalam mengajukan klaim BPJS Kesehatan, ada beberapa ketentuan yang perlu diperhatikan yaitu institusi medis mengajukan klaim secara rutin setiap bulan, paling lambat tanggal 10 bulan selanjutnya, dan tidak mesti mengajukan klaim kesehatan selain kapitasi. BPJS Kesehatan wajib mengajukan klaim di cabang BPJS Kesehatan/ Pembayaran kepada fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta dalam jangka waktu 15 hari kerja setelah Kantor Operasional Kabupaten/Kota menerima dokumen klaim secara lengkap ([Kesehatan](#), 2018).

Apabila rumah sakit tidak memiliki standar prosedur operasional akan berdampak pada kinerja pelayanan petugas mobilisasi dana terkait dengan berkas klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap yang terlambat dikoreksi kemudian petugas tidak melaksanakan pekerjaan dengan pola kerja yang ditetapkan sehingga bisa berdampak pada tertundanya pengiriman klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap. Untuk tercapainya berkas klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap yang lengkap dan pelaksanaan klaim dapat berjalan dengan lancar dan tepat waktu rumah sakit perlu mempunyai SPO (standar prosedur operasional), supaya setiap petugas mempunyai pedoman kerja dan mengetahui serta memahami dan memiliki tanggung jawab khususnya dalam mengatur waktu pelaksanaan tugas atau pekerjaan sehingga dapat diajukan tepat waktu ([Sari et al.](#), 2020).

Berdasarkan temuan mengenai faktor-faktor yang melatarbelakangi keterlambatan proses pelayanan klaim BPJS di RS Bersalin Annisa Pekanbaru, ditemukan studi standar operasional prosedur (SOP) proses pelayanan klaim BPJS di RS Bersalin Annisa, saat ini belum ada SOP Kementerian Kesehatan belum memberikan prosedur pelayanan Klaim untuk menyusun SOP. BPJS. Akibatnya, eksekusi klaim asuransi BPJS tidak mulus. Pada dasarnya merupakan pedoman dengan prosedur operasi standar yang terdapat pada suatu kelompok guna memantapkan semua keputusan. Peran dan manfaat SOP sebagai pedoman dalam suatu kelompok akan menjadi acuan kebijakan yang melandasi semua aktivitas organisasi (operasional dan administrasi), acuan aktivitas organisasi (baik operasional dan administrasi), menjadi pedoman untuk memvalidasi langkah-langkah kegiatan dalam suatu organisasi dan menjadi organisasi yang terintegrasi Pedoman kegiatan agar tujuan organisasi dapat tercapai ([Maimun & Rifqi](#), 2020).

B. Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan Rawat Inap RSUD Tarakan

Berkas yang tertunda dan dikembalikan oleh pihak BPJS kesehatan rawat inap atas pengajuan klaim dari RSUD Tarakan pada bulan Mei - November 2020, sebagai berikut:

Tabel 1 Gambaran Faktor Penyebab Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Tertunda di RSUD Tarakan

No	Faktor Penyebab Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Tertunda	Jumlah	%
1.	Administrasi	11	100%
2.	Koding	49	99%
3.	Penunjang Medis Lainnya	33	100%
	Total	93	100%

Hasil perhitungan persentase tabel 1 terdapat 3 faktor yang menjadi penyebab tertundanya klaim BPJS kesehatan rawat inap. Bila dilihat dari jumlah berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap tertunda untuk faktor penyebab tertinggi yakni koding, terjadinya ketidaksesuaian diagnosa rumah sakit dengan pihak BPJS sebanyak 49 (53%) berkas, sedangkan berkas faktor penyebab klaim tertunda di urutan kedua yakni penunjang medis lainnya, terjadinya kesalahan dan kekurangan pada konfirmasi penunjang medis sebanyak 33 (35%) berkas klaim dan Jumlah berkas faktor klaim tertunda lebih sedikit yaitu administrasi, terjadinya ketidaklengkapan berkas pada saat pengisian administrasi sebanyak 11 (12%) dari berkas klaim BPJS kesehatan rawat inap tertunda di RSUD Tarakan.

Hasil persentase perhitungan terdapat 49 (53%) berkas klaim yang ditolak BPJS Kesehatan disebabkan oleh koding, yakni terjadinya ketidaksesuaian diagnosa rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan. Di RSUD Tarakan pengisian rekam medis dilakukan oleh DPJP tetapi untuk pembuatan klaim dilakukan oleh dokter umum penanggung jawab di unit case-mix, dan terkadang persepsi koding diagnosa dari pihak rumah sakit ke pihak BPJS Kesehatan berbeda. Sehingga kemungkinan terjadi perbedaan persepsi tersebut memunculkan ketidaksesuaian diagnosa rumah sakit dengan koding diagnosa BPJS Kesehatan. Dengan adanya ketidaksesuaian diagnosa diatas menimbulkan keterlambatan dalam pengajuan klaim dikarenakan butuh waktu untuk mengklarifikasi masalah ketidaksesuaian tersebut.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh ([Djatiwibowo et al., 2016](#)) dengan judul faktor-faktor penyebab klaim tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo. Hasil penelitian menunjukkan beberapa indikator yang menyebabkan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo, didapatkan selisih INA CBG sebanyak 4,8%. Hal ini dikarenakan koding dan diagnosis rumah sakit berbeda dengan koding validator BPJS kesehatan. Penyetaraan persepsi diagnosis antara DPJP, kode rumah sakit, dan verifikator harus digalakkan guna lebih mengurangi perbedaan pengkodean ([Purwandono, 2018](#)).

Pada hasil persentase perhitungan terdapat 33 (35%) berkas klaim yang menjadi urutan kedua sebagai salah satu faktor, yakni terjadinya kesalahan dan kekurangan pada konfirmasi penunjang medis lainnya. Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas mobilisasi dana bahwa penunjang medis lainnya merupakan hasil pelayanan tambahan bagi pasien yang melaksanakan pelayanan tambahan, apabila penunjang medis lainnya tidak ada atau tidak sesuai saat pengajuan syarat klaim BPJS pada verifikator BPJS maka akan dikembalikan guna dilengkapi. Dokumentasi permintaan dukungan medis lainnya tidak lengkap karena formulir dukungan tidak dilampirkan pada file permintaan pengajuan klaim rawat inap BPJS, ditemukan kasus diagnostik dalam suatu

prosedur yang membutuhkan dukungan, akibatnya verifikator BPJS meminta pengembalian klaim BPJS yang lengkap, laporan dukungan merupakan persyaratan penting untuk mengajukan klaim.

Laporan penunjang pasien adalah laporan hasil pelayanan tambahan bagi pasien yang melaksanakan pelayanan tambahan, sesuai dengan temuan kajian poin-poin yang mengembalikan persyaratan berkas klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Peking Yogyakarta. Menyajikan. Jika laporan dukungan tidak ada atau tidak komplit pada saat pengajuan klaim BPJS kepada verifikator BPJS, kembalikan untuk dilengkapi atau dilampirkan. Ketiadaan support ticket mempengaruhi validitas billing dan perhitungan biaya perawatan pasien, karena support ticket merupakan bukti pelayanan tambahan yang diberikan oleh pasien ([Megawati & Pratiwi](#), 2016).

Pada hasil persentase perhitungan terdapat 11 (12%) berkas klaim yang menjadi faktor penyebab paling kecil, yakni terjadinya ketidaklengkapan serta kesalahan berkas pada saat pengisian administrasi. Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas mobilisasi dana, faktor penyebab tertundanya pengiriman berkas klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap diakibatkan karena terjadinya ketidakjelasan konfirmasi administrasi klaim pasien BPJS rawat inap, surat perintah rawat inap seharusnya diperlukan dikarenakan harus adanya alasan indikasi medis bahwa alasan apa yang membuat pasien dirawat di rumah sakit tersebut serta surat pengantar dari dokter spesialis kepada pasien guna memperoleh pelayanan medis rawat inap guna menyembuhkan penyakitnya. Surat perintah ini juga merupakan syarat mutlak untuk mengajukan klaim pelayanan kesehatan rumah sakit kepada BPJS.

Klaim diusulkan secara kolektif setiap bulan kepada BPJS Kesehatan cabang/kabupaten/kota dengan kelengkapan administrasi umum dan integritas lainnya seperti gambaran pelayanan dan dokumentasi pendukung untuk setiap pasien yaitu Surat Kelayakan Peserta (SEP), Surat Perintah Rumah Sakit, oleh DPJP, dan ada bukti jasa lainnya yang ditandatangani oleh DPJP. Selama proses ini, kesesuaian dokumen klaim perlu dicocokkan dengan dokumen yang dipersyaratkan. Jika terdapat ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan dokumen, kembalikan dokumen ke rumah sakit untuk dilengkapi. Menurut Petunjuk Teknis Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2004 tentang Indonesian Case Optimal Group atau Sistem INA-CBG, episode rawat inap adalah rangkaian pelayanan jika pasien sudah dirawat > 6 jam di rumah sakit atau pasien pernah dirawat di fasilitas rawat inap kasus, meskipun sudah lama, waktu perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administratif sudah menjadi pasien rawat inap. Pada pasien yang dirawat sebagai kelanjutan dari pengobatan di rawat jalan atau gawat darurat, kasus ini mencakup episode rawat inap yang mencakup layanan yang diberikan di rawat jalan atau gawat darurat ([Kesehatan](#), 2014).

SIMPULAN

Kesimpulan yang didapat dari kajian ini adalah bahwa alur klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Tarakan sudah terlaksana dengan baik dalam proses pelaksanaan pekerjaan petugas mobilisasi dana dalam pengklaiman pasien BPJS Kesehatan rawat inap yakni pada pengelompokan administrasi, koding dan penunjang medis lainnya yang berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang tertunda. Di RSUD Tarakan belum memiliki standar prosedur operasional terkait dengan klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap sehingga petugas mobilisasi dana hanya melaksanakan tugasnya sesuai dengan alur BPJS Kesehatan.

Hal yang mendasari klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap tertunda Di RSUD Tarakan adalah terjadinya ketidaksesuaian diagnosa rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan dikarenakan

perbedaan persepsi antar dokter dpjp yang menulis diagnosa dengan pihak BPJS Kesehatan, terjadinya ketidaklengkapan serta kesalahan berkas pada saat pengisian administrasi, Surat perintah rawat inap seharusnya diperlukan alasan indikasi medis dan surat pengantar dari dokter spesialis kepada pasien yang berisi tentang diagnosis dan rencana pengobatan yang diberikan kepada BPJS sebagai bukti nyata rawat inap pasien dan kesalahan dan kekurangan lain dalam konfirmasi dukungan medis karena formulir dukungan medis tidak dilampirkan pada dokumen persyaratan aplikasi penilaian BPJS klaim pasien rawat inap. Dalam hal diagnosis suatu tindakan atau prosedur yang memerlukan dukungan medis tambahan.

Saran yang dapat diberikan kepada RSUD Tarakan Peneliti mencoba membuat draft SPO pasien BPJS Kesehatan rawat inap yang dilampirkan pada lampiran 2 agar proses pengalaman BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Tarakan dapat berjalan dengan baik. Serta dilakukannya sosialisasi kepada petugas yang melakukan pengkodean berkas klaim agar segera dilakukan klarifikasi antar petugas koding rumah sakit yang tidak sesuai dengan aturan koding diagnosa BPJS Kesehatan.

Melakukan review kinerja secara berkala terhadap petugas yang terlibat dalam klaim BPJS kesehatan untuk menilai kelengkapan klaim dan menilai kepatuhan petugas dalam mengisi formulir klaim yang diserahkan kepada verifikator BPJS. Hal ini meminimalkan persyaratan yang tidak lengkap yang menyebabkan validator mengembalikan klaim BPJS.

Berkas klaim dari klaim BPJS rawat inap yang dikembalikan oleh pasien rawat inap dengan penunjang medis lainnya bias dikaji lebih rinci dengan analisis yang lebih mendalam untuk mengidentifikasi faktor yang lebih spesifik yang mempengaruhi klaim BPJS rawat inap yang dikembalikan. Memerlukan ketegasan dari direksi rumah sakit untuk dapat memberikan sanksi kepada dokter dan perawat yang tidak melengkapi resume medis, agar mengurangi dampak dari ketidaklengkapan resume medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Alifia Harnanti, E., & Purwanti, S. K. M. (2018). *Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit UNS*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Djatiwibowo, K., Januari, P., & Ep, A. A. (2016). Faktor-faktor penyebab klaim tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2), 122–134. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7454/arsi.v4i2.2564>.
- Kesehatan, B. (2014). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Bpjs-Kesehatan.Go.Id.
- Kesehatan, B. (2017). *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*. Bpjs-Kesehatan.Go.Id.
- Kesehatan, B. (2018). *Sistem Klaim dan Asuransi Pelayanan Kesehatan*. Bpjs-Kesehatan.Go.Id.
- Maimun, N., & Rifqi, R. (2020). Faktor-Faktor Keterlambatan Proses Pelayanan Klaim Asuransi (BPJS) Di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 6(2), 188–193. <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol6.Iss2.548>.
- Megawati, L., & Pratiwi, R. D. (2016). Faktor-faktor penyebab pengembalian berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 36–43. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27476>.
- Purwandono, A. A. E. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari–Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2), 122-134. <http://dx.doi.org/10.7454/arsi.v4i2.2564>.
- Sari, D. S., Girsang, E., & Ramadhani, S. L. (2020). **Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat Tahun 2018 (Kualitatif)**. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 5(2), 166–180.
- Supriadi, S. R., & Rosania, S. (2018). Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018. *Jurnal Vokasi Indonesia*, 7(2), 19-26. <http://dx.doi.org/10.7454/jvi.v7i2.145>.