

Cause Of Fair Reverse Claims Of Social Security Institution (BPJS) Patients Representative Required From Terms Of Claims In RSUD R.A Kartini Jepara

Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara

Irmawati
Anton Kristijono
Edy Susanto
Yela Belia

*Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : irmaedich98@gmail.com*

Abstract

Health services in Indonesia can not be separated from the government program of the National Health Insurance (JKN) and BPJS Health as the implementer of the program. The payment method using the INA-CBGs prospective system using claims that will be reimbursed by BPJS. The process of filing a claim from the Hospital to BPJS has a verification phase of file completion, membership administration, service administration, and verification of health services. The claims file that found incomplete in the verification process resulted in the return of the file by BPJS, in RSUD R.A Kartini Jepara still found the problem. The purpose of this research is to know the description of the cause of the return of inpatient claims file by BPJS in terms of filing claims. This research use descriptive survey research method with cross sectional approach. The sample uses an inpatient claims file that BPJS Health returned in March-April 2017 of 49 files. The research instrument uses checklists and interviews. Data analysis using univariate analysis. The result of this research shows that there are incomplete membership administration 35 files (71%), 30 files (61%) of membership administrative Incompatibility and 7 files (10%) incomibility of service administration. Incomplete and incompatibility of membership administration indicates the lack of supporting files. The incompatibility of service administration indicates the diagnoses and the physicians in charge are not suitable. While on the claim submission flow does not have Standard Operating Procedures (SOP)

Keywords: *Inpatient Claim, BPJS Health, Claim Return*

Abstrak

Pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lepas dari program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan sebagai pelaksana programnya. Metode pembayaran yang digunakan menggunakan sistem prospektif INA-CBGs yaitu menggunakan klaim yang akan mendapat penggantian biaya dari BPJS. Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan, di RSUD R.A Kartini Jepara masih ditemukan masalah tersebut. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim. Penelitian ini menggunakan metode penelitian survey deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel menggunakan berkas klaim rawat inap yang dikembalikan BPJS Kesehatan bulan Maret-April 2017 sebanyak 49 berkas. Instrumen

penelitian menggunakan checklist dan wawancara. Analisis data menggunakan analisis univariate. Hasil penelitian 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)

Kata Kunci : Klaim Rawat Inap, BPJS Kesehatan, Pengembalian

1. Pendahuluan

Setiap orang berhak mendapat pelayanan kesehatan dan perawatan kesehatan bagi dirinya dan keluarganya, juga jaminan ketika menganggur, sakit, cacat, menjadi janda, usia lanjut atau kekurangan nafkah yang disebabkan oleh hal-hal yang di luar kekuasaannya. Hal ini sesuai dengan UUD 1945 pasal 28 yang menyebutkan bahwa Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lepas dari program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Penyelenggaraan JKN di rumah sakit menggunakan sistem pembayaran asuransi. Metode pembayaran yang digunakan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada saat ini adalah dengan metode pembayaran prospektif yaitu *Casemix (case based payment)* atau menggunakan sistem Indonesia Case Base Group (INA-CBGs). Sistem pembayaran INA-CBGs menggunakan klaim yang nantinya akan mendapat penggantian biaya dari BPJS

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan

memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak bisa diklaimkan. Keterlambatan pengajuan klaim dan berkas yang *unclaimed* ini menyebabkan kerugian material bagi rumah sakit. Dalam proses klaim BPJS Kesehatan, Unit Rekam Medis merupakan salah satu unit yang sangat penting dalam menghasilkan informasi untuk mendukung proses klaim BPJS.

RSUD R.A Kartini Jepara telah terakreditasi KARS pada bulan Januari tahun 2017 dengan hasil B paripurna. Sebagai fasilitas kesehatan tipe B non pendidikan, untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan RSUD R.A Kartini Jepara bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam hubungan kerjasama ini, di RSUD R.A Kartini Jepara masih ditemukan masalah pada saat pengajuan klaim yaitu pengembalian berkas klaim oleh verifikasi BPJS.

2. Metode

Jenis Penelitian yang digunakan adalah penelitian survey deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini dilakukan untuk

mengetahui proses pelaksanaan pengajuan berkas klaim BPJS pasien rawat inap, review administrasi kepesertaan dan review administrasi pelayanan berkas klaim penyebab terjadinya pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap. Lokasi penelitian dilakukan di Unit Rekam Medis RSUD R.A Kartini Jepara. Waktu penelitian ini dimulai dari pembuatan proposal penelitian yaitu pada bulan Januari sampai Februari 2017, dan pengambilan dan pengolahan data dilakukan pada bulan Maret sampai Mei 2017.

3. Hasil dan Pembahasan **Review Administrasi Kepesertaan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD R.A Kartini Jepara**

a. Review Administrasi Kepesertaan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD R.A Kartini Jepara

Penelitian terhadap kelengkapan berkas klaim rawat inap dilaksanakan dengan melihat ada atau tidaknya lembar formulir dan ketentuan yang menjadi syarat pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Hasil penelitian terhadap 49 berkas berdasarkan kelengkapan berkas klaim rawat inap yang peneliti dapatkan dari pengambilan data menggunakan checklist kelengkapan administrasi kepesertaan berkas klaim rawat inap dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Berkas Administrasi Kepesertaan Klaim Rawat Inap di RSUD R.A Kartini Jepara

No	Kelengkapan Berkas Klaim Rawat Inap	Frekuensi (F)	Presentase (%)
1	Lengkap	14	29
2	Tidak Lengkap	35	71
Total		49	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan hasil dalam tabel 4.5 diketahui bahwa jumlah berkas klaim rawat inap yang tidak lengkap sebanyak 35 berkas (71%) lebih banyak dari pada berkas klaim rawat inap yang lengkap sebanyak 14 berkas (29%).

Hasil dari observasi, petugas rekam medis bagian entri klaim paling sering tidak melakukan kegiatan cek bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur sebelum melakukan input data INA CBGs sehingga terjadi ketidak lengkapan berkas pendukung pelayanan pasien.

Ketidak lengkapan lembar formulir-formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki.

a) Kesesuaian Administrasi Kepesertaan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap

Penelitian terhadap kesesuaian administrasi kepesertaan berkas klaim rawat inap dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidak

sesuainya data SEP dengan data yang diinputkan dalam aplikasi INA CBG's pada lembar individual pasien dengan data berkas pendukung klaim rawat inap. Hasil penelitian terhadap 49 berkas berdasarkan kesesuaian administrasi berkas klaim rawat inap yang peneliti dapatkan menggunakan checklist kesesuaian administrasi kepesertaan berkas klaim rawat inap dapat dilihat pada tabel 4.8

Tabel 2

Distribusi Frekuensi Berkas Klaim Rawat Inap Berdasarkan Ketentuan Administrasi Kepesertaan di RSUD R.A Kartini Jepara

No	Administrasi Kepesertaan	F	%
1	Sesuai	19	39%
2	Tidak sesuai	30	61%

Sumber : Data Primer

Berdasarkan hasil dalam tabel 4.8 diketahui bahwa jumlah berkas klaim rawat inap yang tidak sesuai administrasi kepesertaan sebanyak 30 berkas (61%) lebih besar dari berkas klaim rawat inap yang sesuai sebanyak 19 berkas (39%).

Berkas yang tidak sesuai meliputi ketidaksesuaian berkas klaim berdasarkan Data SEP dengan data aplikasi INA CBG's dan data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung.

Tidak sesuainya isi data antara SEP dengan aplikasi INA CBG's dengan berkas pendukung klaim menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena sesuai dengan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun

2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas untuk memperoleh bukti atas klaim yang mendapat perhatian dan mengembalikan klaim untuk melengkapi atau diperbaiki oleh petugas.

Review Administrasi Pelayanan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD R.A Kartini Jepara

Penelitian terhadap kesesuaian administrasi pelayanan berkas klaim rawat inap dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidaknya data dalam berkas klaim rawat inap dengan ketentuan yang menjadi syarat diterimanya klaim oleh BPJS Kesehatan. Hasil penelitian terhadap 49 berkas berdasarkan kesesuaian administrasi pelayanan berkas klaim rawat inap yang peneliti dapatkan dari pengambilan data menggunakan checklist kesesuaian administrasi pelayanan berkas klaim rawat inap dapat dilihat pada tabel 3

Tabel 4

Distribusi Frekuensi Berkas Klaim Rawat Inap Berdasarkan Ketentuan Administrasi Pelayanan di RSUD R.A Kartini Jepara

No	Administrasi Pelayanan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Sesuai	42	86%
2	Tidak Sesuai	7	14%
Total		49	100%

Sumber : Data Primer

Berdasarkan hasil dalam tabel 4 diketahui bahwa jumlah berkas klaim rawat inap yang sesuai administrasi pelayanan sebanyak 42 berkas (86%) lebih besar dari berkas klaim yang

tidak sesuai administrasi pelayanan sebanyak 7 berkas (14%).

Dari hasil keterangan pada checklist administrasi pelayanan terdapat berkas klaim yang diagnosanya tidak sesuai dengan dokter penanggung jawabnya, hal ini tidak sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 yaitu harus memperhatikan Kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa.

Pelaksanaan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD R.A Kartini Jepara

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan petugas klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan, dapat diketahui bahwa di RSUD R.A Kartini Jepara belum memiliki SPO tentang pengajuan klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan yang menyebabkan ketidak sesuaian administrasi kepesertaan dan menjadi penyebab dikembalikannya berkas klaim oleh BPJS Kesehatan

Hasil dari wawancara dan observasi yang dilakukan peneliti untuk mengetahui alur pengajuan klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan sebagai berikut. Rincian Kegiatan:

- 1) Petugas rekam medis disetiap paginya akan mengambil dokumen rekam medis pasien rawat inap yang pulang di bangsal perawatan
- 2) Dokumen rekam medis kemudian dibawa ke petugas *coding* untuk dilakukan coding diagnosa dan prosedur. Petugas melakukan coding rawat inap dengan melihat formulir resume medis dan

menuliskan kode diagnosa serta prosedur di formulir resume medis. Petugas juga melihat lembar penunjang dan meneliti

- 3) riwayat perjalanan penyakit pasien sebelum menentukan kode diagnosa pasien.
- 4) Dokumen rekam medis diassembling dan dipisahkan antara berkas rekam medis pasien dan berkas klaim pasien. Petugas assembling akan merakit berkas rekam medis dan berkas persyaratan pasien BPJS.
- 5) Petugas rekam medis bagian grouping INACBG's menginputkan 17 variabel ke dalam aplikasi INACBG's yaitu identitas pasien, tanggal masuk dan tanggal keluar rumah sakit, Ada Rawat Intensif, Hari di Perawatan Intensif, Jam penggunaan Ventilator, lama hari rawat (Length Of Stay/LOS), tanggal lahir, umur pasien, umur pada bayi, umur ketika keluar rumah sakit, jenis kelamin, status keluar rumah sakit, berat badan bayi baru lahir (gram), diagnosa utama, diagnosa sekunder, dan prosedur atau pembedahan utama.
- 6) Petugas mengirim hasil final grouping final INA CBG's secara online ke Kemenkes Kesehatan
- 7) Petugas grouping menarik hasil grouping INA CBG's dalam bentuk file txt yang kemudian akan diberikan kepada BPJS Kesehatan.
- 8) Petugas grouping menyerahkan berkas klaim dan hasil grouping INA CBG's kepada petugas verifikator internal rumah sakit untuk dicek kesesuaian koding serta kelengkapan berkas klaim

rawat inap. Setelah selesai verifikator internal rumah sakit akan menyerahkan berkas klaim rawat inap dan hasil grouping INA CBG's ke BPJS Kesehatan

- 9) Pihak BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi terhadap berkas klaim yang diberikan. Apabila terjadi kesalahan dalam penentuan kode diagnosa pasien atau adanya ketidaklengkapan berkas klaim, petugas akan mengembalikan ke bagian verifikator internal untuk dikonfirmasi kembali dan petugas BPJS akan meminjam dokumen rekam medis rawat inap di bagian filing rawat inap RSUD R.A Kartini Jepara.

Berdasarkan hasil checklist observasi yang dilakukan terhadap 2 petugas klaim rumah sakit, kegiatan yang paling banyak tidak dilakukan adalah kegiatan mengecek bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditanda tangani DPJP, serta kegiatan pemeriksaan kode diagnosa, prosedur yang dilakukan. peneliti menemukan bahwa saat proses input data INA CBGs, petugas klaim rumah sakit tidak melakukan pengecekan berkas klaim dan langsung memasukkan identitas pasien serta kode diagnosa prosedur yang sudah ditentukan coder ke dalam data aplikasi INA CBGs. Akibat tidak dilakukannya kegiatan tersebut menyebabkan ketidak sesuaian administrasi kepesertaan yaitu pada data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung dan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim karena sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014 apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan

dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi. Kegiatan yang tidak dilakukan belum sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 yaitu petugas harus memastikan diagnosa yang dituliskan DPJP dalam Resume Medis sesuai dengan koding yang ditentukan koder pada Aplikasi INA CBGs.

4. Simpulan Dan Saran

Review Administrasi Kepesertaan

Hasil kelengkapan lembar formulir administrasi kepesertaan pada berkas klaim yang menyebabkan pengembalian berkas oleh verifikator BPJS Kesehatan menunjukkan keadaan berkas tidak lengkap sebanyak 35 berkas (71%) meliputi Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur tidak ada tanda tangan DPJP tidak adanya berkas penunjang pendukung pelayanan pasien.

Hasil kesesuaian administrasi kepesertaan pada berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan menunjukkan berkas yang tidak sesuai sebanyak 30 berkas (61%) meliputi ketidaksesuaian berkas klaim berdasarkan Data SEP dengan data aplikasi INA CBG's sebanyak 2 berkas (4%), dan Data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung sebanyak 30 berkas (61%).

Review Administrasi Pelayanan

Hasil kesesuaian ketentuan administrasi pelayanan penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh verifikator BPJS Kesehatan menunjukkan berkas yang tidak sesuai sebanyak 7 berkas (14%) meliputi Kesesuaian spesialisasi DPJP dengan diagnosis 2 berkas (4%), dan Koding

penyakit bukan koding unbundling 5 berkas (10%).

Alur Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Pelaksanaan pengajuan klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD R.A Kartini belum mempunyai SOP pengajuan klaim, namun dalam pelaksanaan pengajuan klaim RSUD R.A Kartini Jepara menggunakan Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 Pedoman INA CBG's dalam Pelaksanaan JKN dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan

Tahun 2014 sebagai dasar pelaksanaan pengajuan klaim, namun pada saat proses input data INA CBGs, petugas klaim rumah sakit tidak melakukan pengecekan berkas-berkas pendukung dengan kode diagnosa prosedur sebelum input data aplikasi INA CBGs. Akibat tidak dilakukannya kegiatan tersebut menyebabkan ketidak sesuaian administrasi kepesertaan yaitu pada data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung dan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim karena sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014 apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi. Kegiatan yang tidak dilakukan tersebut belum sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 yaitu petugas harus memastikan diagnosa yang dituliskan DPJP dalam Resume Medis sesuai dengan koding yang ditentukan koder pada Aplikasi INA CBGs.

5. Daftar Pustaka

Astrianingrum, Marina. (2016). *Faktor-faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap Oleh Verifikator BPJS di RSUD Tugurejo*. Semarang : Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*. Jakarta :

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Teknik Verifikasi Klaim*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan