



Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Biaya Pelayanan Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta Tahun 2022

Siti Rahmawati Handayani¹, Lily Widjaja^{2*}, Daniel Happy Putra³, Dina Sonia⁴

^{1,2,3,4}Program Studi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu

Kesehatan, Universitas Esa Unggul, Jakarta, Indonesia

Email: sitirahmawati0708@student.esaunggul.ac.id

Abstract

In the process of submitting a BPJS Health Claim, some requirements must be completed by the Health Facility. Of these requirements, the BPJS Health party will know that the claim submission can be paid or returned/delayed. This research was conducted to find out the reasons for returning the claim file for BPJS Kesehatan inpatient care at the Jakarta Harbor Hospital in 2022. The method in this study used descriptive research with a quantitative approach. The results of the study were 118 samples (6.7%) of 1,762 files, the highest returned cause was an inaccuracy in the coding of diagnoses/actions of 49 (42%), and the second highest was not fulfilling inpatient administration 18 (15%), other causes - others as much as 51 (43%). 3 factors from 5M are the cause of returning claim files, namely the human factor: casemix officers who are not diligent, lack of coder understanding/knowledge, and lack of accuracy in the filing department so that files are missed/left behind, machine: there is an upgrade to the latest version of the INA-application CBGs and V-Claim are also the Ministry of Health's newest program which requires TB patients to be inputted into the SITB application, Material: incomplete claim requirements files. While the money and method factors are not an obstacle or a cause for returning claim files. It is recommended to evaluate and re-socialize the reasons for returning BPJS Health claims so that the process of submitting BPJS Health claims is carried out properly and is 100% accepted.

Keywords: Claim File, Claim Refund, 5M

Abstrak

Dalam proses pengajuan Klaim BPJS Kesehatan terdapat persyaratan yang harus dilengkapi oleh Fasyankes dari persyaratan itu pihak BPJS Kesehatan akan mengetahui bahwa pengajuan klaim tersebut dapat dibayarkan atau dikembalikan/tertunda. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim biaya pelayanan pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta tahun 2022. Metode pada penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Hasil Penelitian yaitu 118 sampel (6,7%) dari 1.762 berkas, penyebab dikembalikan tertinggi yaitu ketidaktepatan pengodean diagnosa/tindakan sebanyak 49 (42%), dan yang tertinggi kedua adalah belum memenuhi administrasi rawat inap 18 (15%), penyebab lain-lainnya sebanyak 51 (43%). Ada 3 Faktor dari 5M yang menjadi penyebab pengembalian

berkas klaim yaitu faktor manusia : petugas casemix yang kurang tekun, kurangnya pemahaman/ pengetahuan koder, dan kurangnya ketelitian petugas bagian pemberkasan sehingga ada berkas yang terlewat/tertinggal, mesin: adanya upgrade versi terbaru aplikasi INA-CBGs dan V-Claim juga program terbaru Kemenkes yang mengharuskan pasien TB di input ke aplikasi SITB, Material: berkas persyaratan klaim yang tidak lengkap. Sedangkan faktor uang dan metode tidak menjadi hambatan atau penyebab pengembalian berkas klaim. Disarankan untuk mengevaluasi dan disosialisasikan kembali penyebab dikembalikannya klaim BPJS Kesehatan agar proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan terlaksana dengan baik dan diterima 100%.

Kata Kunci: Berkas Klaim, Pengembalian Klaim, 5M

PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan adalah penyelenggara program jaminan kesehatan yang didirikan oleh badan hukum. Dengan adanya BPJS Kesehatan, maka peserta BPJS Kesehatan berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan, yaitu pelayanan kesehatan yang dipersonalisasi termasuk pelayanan preventif, promotif, terapeutik dan rehabilitasi, termasuk pelayanan kefarmasian dan perawatan medis yang diperlukan berdasarkan kebutuhan medisnya. BPJS Kesehatan membayar klaim biaya jaminan kesehatan kepada pasien yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan (Pemerintah Indonesia, 2013).

Pembayaran yang diterapkan yaitu dengan metode pembayaran yang ditawarkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu Casemix (pembayaran berdasarkan kasus). Sistem Casemix adalah pengelompokan diagnosa dan tindakan/prosedur terkait yang mempunyai ciri klinis yang serupa/sama dan penggunaan dana/biaya pengobatan yang serupa/sama, pengelompokan dilakukan menggunakan perangkat lunak *grouper*. Sistem Casemix diperkenalkan di Indonesia pada tahun 2008 sebagai alat pembayaran Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau melalui Indonesian Case Based Group (INA-CBGs) (Kemenkes RI, 2016).

Sistem pembayaran dengan tarif INA-CBG menggunakan klaim kompensasi yang kemudian diganti oleh BPJS. Klaim adalah pergantian biaya pelayanan kesehatan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan. Sistem pembayaran dengan menggunakan tarif INA-CBGs yang diselenggarakan oleh BPJS di rumah sakit perlu adanya tahap verifikasi berkas oleh verifikator BPJS Kesehatan, yang bertujuan untuk melakukan verifikasi administrasi pelayanan dan memastikan kebenaran diagnosis dan prosedur untuk penagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9 CM (Kemenkes RI, 2014).

Untuk berkas yang sudah sesuai dengan standar untuk klaim, namun berkas yang tidak sesuai dengan standar untuk klaim harus dikembalikan ke rumah sakit untuk melalui tahap konfirmasi (Nurdiah & Iman, 2016).

Hasil penelitian oleh Ni Wayan Arikusnadi, Sudirman, Abdul Kadri di Rumkit Bhayangkara Palu pada bulan Januari -Maret 2020 sebanyak 138 berkas, tidak lulus verifikasi administrasi pelayanan menjadi penyebab utama pengembalian berkas klaim, yaitu 138 berkas (100%), penyebab tidak lulus verifikasi administrasi pelayanan adalah diagnosis 125 berkas (90,6%) dan konfirmasi tanggal pulang 6 berkas yang tersisa (4,3%), indikasi rawat inap kurang jelas 4 berkas (2,9%) , 2 berkas (1,5%) tidak sesuai kelas perawatan, 1 berkas (0,7%) tidak ada lembar bukti pelayanan (Ni Wayan Arikusnadi et al., 2020).

Hasil Penelitian Alex Sander di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur pada bulan Oktober-Desember 2021 sebanyak 526 berkas klaim BPJS pasien rawat inap pending dengan menggunakan sampel sebanyak 227 berkas klaim yang dikembalikan karena gagal terpurifikasi 54 (23,8%) dan pending 173 (76,2%) dengan 2 faktor penghambatan

dengan identifikasi 5M yaitu faktor *man*: *human error*, kompetensi petugas dan tidak ada tim casemix. faktor *material*: ketidaksesuaian diagnosa pada rekam medis elektronik sehingga menyebabkan kesalahan dalam pengkodean diagnosa pasien (Sander et al., 2022).

Dampak yang terjadi apabila presentase pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan tinggi pembayaran dari penagihan klaim terlambat, mengambat proses pencairan dana klaim, keuangan rumah sakit bermasalah dan dapat menghambat proses kerja karena menambah beban kerja petugas (Putri et al., 2022).

Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta merupakan rumah sakit tipe C yang memiliki 169 tempat tidur, fasilitas rawat inap, rawat jalan, fasilitas medis, fasilitas umum dan fasilitas kesehatan tingkat 1 di Jl. Kramat Jaya Raya No.1, RW.14, Tugu Utara, Kec. Koja, Kota Jakarta Utara, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 14260.

Berdasarkan hasil observasi awal yang dilakukan peneliti RS Pelabuhan Jakarta pada bulan Desember 2022, berkas klaim rawat inap dikirimkan ke BPJS Kesehatan pada bulan Mei dan Juni 2022 sebanyak 1.611 berkas dan sebanyak 142 berkas dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan presentase sebesar 8,8%. Dengan penyebab dikembalikannya berkas klaim karena hasil pemeriksaan penunjang tidak memenuhi syarat sebanyak 21 (14,8%), tidak ada lampiran hasil pemeriksaan penunjang 38 (26,8%), penentuan kode diagnosa/tindakan yang belum tepat sebanyak 36 (25,3%), tidak ada lampiran kronologis sebanyak 7 (4,9%), lama pemakaian ventilator 13 (9,1%), Konfirmasi ukuran tumor sebanyak 8 (5,6%) dan penyebab lainnya sebanyak 19 (13,4%).

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Biaya Pelayanan Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta Tahun 2022”.

METODE

Metode penelitian menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 118 berkas yang klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan Pasien pada bulan Oktober-November 2022. Pengambilan sampel menggunakan sampling jenuh. Teknik dan instrument pengumpulan data meliputi observasi dan wawancara kepada 3 informan yaitu kepala rekam medis, petugas casemix dan petugas coding rawat inap.

HASIL

1. Identifikasi SPO Pengajuan Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada kepala rekam medis RS Pelabuhan Jakarta pada saat pengajuan klaim BPJS telah memiliki SPO (Standar Operasional Prosedur) berjudul SPO Penagihan BPJS Kesehatan Rawat Inap yang telah disahkan oleh direktur Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta pada tanggal 01 Februari 2022. Dalam proses pengajuan Klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan Rumah Sakit Pelabuhan sudah sesuai dengan SPO yang berlaku. Selain SPO Penagihan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta juga memiliki alur pengajuan klaim sebagai acuan dalam penagihan klaim.

2. Presentase Pengembalian Berkas Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta

Berdasarkan temuan peneliti terhadap berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan RS Pelabuhan Jakarta yang dikembalikan oleh verifikator BPJS pada bulan Oktober hingga

November 2022, terdapat 118 dari 1.762 berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan (6,7%) yang dikembalikan, penyebab pengembalian diklasifikasikan sebagai berikut:

Tabel 1. Presentase pengembalian berkas klaim

No	Penyebab Pengembalian Berkas Klaim	Jumlah	%
1	Ketidaktepatan pengodean Diagnosa/Tindakan	49	42%
2	Belum memenuhi administrasi rawat inap karena tidak ada surat perintah rawat inap dan pelayanan di IGD < 6 jam	18	15%
3	Tidak ada lampiran Prosedur/Tindakan	12	10%
4	Tidak melampirkan No Registrasi TB	8	7%
5	Tidak ada lampiran kronologis	5	4%
6	Kelas perawatan tidak sesuai	5	4%
7	Hasil pemeriksaan penunjang tidak memenuhi syarat	3	3%
8	Lain-lainnya	18	15%
	Total	118	100%

Berdasarkan table 1 diatas penyebab lainnya pengembalian berkas klaim yaitu pasien yang tidak diahlikan ke ruangan inap, konfirmasi tanggal pulang, lampiran status gizi, konfirmasi ukuran tumor, indikasi dirujuk, konfirmasi jam dirujuk dan terdapat hasil RO berbeda dihari yang sama sebanyak 18 (15%).

3. Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta

Berdasarkan identifikasi faktor 5M (man, money, methode, mechine, material) ditemukan tiga faktor penyebab pengembalian berkas klaim pasien rawat inap BPJS kesehatan di RS Pelabuhan Jakarta, yaitu sebagai berikut.

1) Man

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi oleh peneliti, diperoleh kesimpulan bahwa petugas casemix kurang tekun dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS, petugas pemberkasan dalam pengumpulan berkas persyaratan klaim tidak di periksa kembali apakah sudah lengkap atau belum, petugas koding yang kurang pemahaman/pengetahuan dikarenakan kurangnya pelatihan mengenai pengodean untuk kode tertentu.

2) Machines

Berdasarkan hasil wawancara terhadap petugas casemix di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta bahwa alat-alat seperti komputer, scanner, aplikasi INA-CBGs dan aplikasi V-claim Faktor yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan pengajuan klaim yaitu:

- Aplikasi INA-CBGs dan V-claim tidak selalu di upgrade tetapi pengelompokan pembiayaan masih dapat dikerjakan.
- Adanya program terbaru Kemenkes mengenai TB yaitu SITB (Sistem Informasi Tuberkulosis) program ini perlu dipakai untuk menginput pasien-pasien dengan diagnosa TB sehingga mendapatkan nomor register TB yang akan di lampirkan pada saat pengajuan klaim BPJS sedangkan saat ini belum.

Berdasarkan hasil wawancara diatas didapatkan informasi bahwa dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan tidak ada kendala pada komputer dan prangkat keras lainnya yang menjadi kendala adalah pada sistem dimana aplikasi pendukung seperti INA-CBGs dan V-Claim yang terkadang upgrade ke versi terbaru yang menyebabkan petugas perlu penyesuaian dengan aplikasi tersebut, program kememkes untuk mendapatkan nomor register TB perlu menginput pasien TB SITB.

3) Material

Material dalam hal ini adalah persyaratan klaim BPJS Kesehatan apa saja yang perlu dilengkapi ketika penagihan klaim, dimana petugas casemix menyatakan bahwa saat pengiriman berkas masih sering ada berkas yang tertinggal. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi peneliti, diperoleh kesimpulan yaitu pada saat berkas klaim dikumpulkan pada halaman depan map telah di tempel berkas apa saja yang diperlukan untuk pengajuan klaim tersebut tetapi petugas pemberkasan tidak selalu melihat dan mengecek kembali berkas tersebut sudah lengkap atau belum.

4) Money

Berdasarkan wawancara kepada kepala rekam medis dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan tidak ada kendala, hanya memerlukan biaya pengiriman hardisk selain telah dikirimkan melalui aplikasi V-klaim berbentuk soft file.

5) Methode

Berdasarkan hasil wawancara kepada kepala rekam medis tidak ada kendala pada karena SPO sudah ada dan pelaksanaan telah sesuai SPO.

PEMBAHASAN

1. Identifikasi SPO Pengajuan Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta

Standar Prosedur Operasional (SPO) yaitu standarisasi metode yang digunakan oleh peralatan untuk melakukan pekerjaan yang terkait dengan pelaksanaan tugasnya, pengurangan kesalahan dan kecerobohan yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan tugas oleh peralatan atau pelaksana, peningkatan efisiensi peralatan individu dan efisiensi seluruh organisasi dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab, serta menghindari duplikasi tugas (Permenpanrb, 2012).

Dalam proses klaim BPJS pasien rawat inap RS Pelabuhan Jakarta sudah sesuai dengan SPO yang berlaku. Pada proses pengajuan klaim BPJS kesehatan walaupun sudah sesuai perlu adanya pengontrolan pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO) secara rutin agar dalam proses pengajuan klaim dapat meminimalisir terjadinya kesalahan dan pelaksanaan pengajuan klaim bisa tersusun dengan baik dan benar.

2. Presentase Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta

Penyebab tertinggal pengembalian berkas klaim kedua yaitu belum memenuhi administrasi rawat inap karena tidak ada surat perintah rawat inap dan pelayanan di IGD < 6 jam sebesar 15% dan sebanyak 18 berkas, sedangkan penyebab lainnya adalah tidak ada lampiran prosedur/Tindakan sebanyak 12 (10%) dikarenakan saat pengumpulan berkas petugas surang teliti sehingga ada berkas yang tertinggal, tidak melampirkan no registrasi TB sebanyak 8 (7%) disebabkan adanya ketentuan terbaru tentang pasien tuberculosis wajib melampirkan nomor register TB, tidak ada lampiran kronologis sebanyak 5 (4%), Kelas perawatan tidak sesuai sebanyak 5 (4%) dikarenakan saat pasien di rawat kamar yang sesuai dengan kelas perawatan, Hasil pemeriksaan penunjang tidak memenuhi syarat sebanyak 3 (3%) disebabkan petugas hanya mengacu pada tanda, gejala dan pengobatan yang diberikan bukan pada hasil dan penyebab lainnya sebanyak 18 (15%) seperti lampiran status gizi, hasil ukuran tumor yang tidak terbaca, pasien yang tidak diahlikan ke ruangan inap.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ni Wayan Arikusnadi, Sudirman, dan Abdul Kadri yang berjudul Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu yaitu penyebab utama pengembalian berkas klaim BPJS adalah kesalahan diagnosis pada 125 berkas (90,6%) karena tidak

ditegakkannya diagnosis, kurangnya informasi pendukung, dua kode diagnosis dalam satu berkas, dan ketidaksesuaian kode antara verifikator rumah sakit dengan BPJS Kesehatan (Ni Wayan Arikusnadi et al., 2020).

Disarankan untuk mengadakan sosialisasi mengenai penyebab dikembalikannya berkas klaim BPJS Kesehatan dengan koordinasi oleh pihak BPJS tentang persyaratan tertentu untuk penagihan klaim seperti dalam pengodean diagnosa dan tindakan diberikan sosialisai kembali mengenai kode yang telah disepakati antara rumah sakit dan pihak BPJS Kesehatan agar meminimalisir terjadinya pengembalian berkas klaim dengan penyebab koding tidak sesuai.

3. Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pasien Rawat BPJS Kesehatan Inap di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta

1) Man

Manusia merupakan unsur terpenting dalam manajemen sumber daya yang berperan sebagai tenaga kerja yang memiliki kompetensi sebagai seorang perekam medis/koder, ketelitian, pengalaman kerja, komunikasi efektif (Siswati, 2018).

Petugas casemix yang kurang tekun terhadap pekerjaan yang mereka lakukan sehingga terjadinya kesalahan menyebabkan berkas klaim dikembalikan. Adanya berkas yang tertinggal/terlewat yang disebabkan petugas dibagian pemberkasaan kurang teliti dan tidak mengecek kembali kelengkapan berkas yang perlu dikirimkan untuk penagihan klaim. Kurangnya pengetahuan/pemahaman petugas mengenai kode tertentu seperti kode gabungan dan Dokter sering kali mengode diagnosa yang berbeda dengan tindakan yang diberikan. Pengodean lebih cenderung dilakukan oleh perawat dimana perawat tidak memiliki kompetensi sebagai perekam medis/koder.

Sejalan dengan hasil penelitian oleh Ariqurna Bayu Triatmaja, Rossalina Adi Wijayanti dan Novita Nuraini penyebab klaim pending dari man terbagi menjadi dua yaitu pengetahuan petugas dan pengalaman kerja. Petugas kesulitan dalam pengodean diagnose dan Tindakan pasien karena tulisan tangan dokter tidak terbaca, dokter tidak menuliskan diagnosa pasien, singkatan dan istilah medis yang tidak diketahui oleh petugas (Triatmaja et al., 2022).

Dalam hal ini pengetahuan petugas koding perlu ditingkatkan dengan mengadakan sosialisai kembali terkait pengodean diagnosa/tindakan yang telah disepakati antara rumah sakit dan pihak BPJS Kesehatan agar meminimalisir terjadinya pengembalian berkas klaim dengan penyebab koding tidak sesuai.

2) Machines

Menurut Siswati, Mesin merupakan fasilitas yang diperlukan dalam pelaksanaan pekerjaan seluruh unit Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (Siswati, 2018)

Aplikasi INA-CBGs dan V-claim yang upgrade ke versi terbaru menyebabkan pekerjaan tertunda dan terjadinya kesalahan semakin meningkat. Adanya program Kemenkes mengenai TB yang mengharuskan pasien-pasien dengan diagnose TB harus di Input ke dalam aplikasi SITB (Sistem Informasi Tuberkulosis) sehingga memunculkan nomor registrasi yang nantinya harus di input kedalam aplikasi E-klaim INA-CBGs, apabila tidak menginput no register TB dampak yang ditimbulkan hasil gruper tarif tidak muncul yang menyebabkan berkas dikembalikan.

Seharusnya petugas casemix dapat mengantisipasi apabila terjadi upgrade aplikasi ke versi terbaru sehingga tidak mempengaruhi pekerjaan yang dilakukan dan juga untuk program terbaru mengenai TB disosialisasikan Kembali agar tidak terjadi lagi kesalahan tidak melampirkan nomor registrasi TB pada bulan berikutnya.

3) Material

Peralatan (bahan) yang menunjang pengoperasian sangat diperlukan. Tanpa adanya peralatan maka tidak ada aktivitas yang dapat terlaksana sesuai dengan yang diharapkan (Siswati, 2018).

Faktor peralatan atau bahan dalam pengajuan klaim didapatkan berkas yang dikirimkan belum lengkap yaitu lampiran kronologis untuk pasien fraktur dan KLL dikarenakan dalam melampirkan berkas untuk pengajuan klaim dari bagian IGD tidak melampirkan kronologis, lampiran prosedur/ tindakan dalam pengumpulan berkas untuk pengajuan klaim sering tertinggal dan terlewat, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak lengkap saat pengiriman berkas klaim. Hal tersebut terjadi saat melengkapi berkas persyaratan klaim..

Persyaratan berkas yang harus dilengkapi untuk pengajuan klaim yaitu Laporan berkas klaim individual pasien, SEP, Resume medis lengkap, Billing rawat inap, Surat Pengantar Rawat Inap, Ringkasan Pasien Masuk, laporan Pengobatan, Pemeriksaan penunjang, Laporan Operasi (pasien operasi), Laporan tindakan medis (pasien ICU.)

Sejalan dengan penelitian oleh Ariqurna bayu Triatmaja, Rossalina Adi Wijayanti dan Novita Nuraini faktor material merupakan penyebab klaim pending dimana masih terdapat berkas klaim yang tidak lengkap dalam pengajuan klaim (Triatmaja et al., 2022).

Oleh sebab itu disarankan kepada komite medis untuk mengevaluasi dalam kelengkapan berkas untuk pengajuan klaim persyaratan apa saja yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan untuk pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap dan sebaiknya apabila dalam proses pengajuan berkas masih belum lengkap harus dilengkapi terlebih dahulu baru dilakukan pengajuan klaim.

Sedangkan faktor uang dan manusia tidak menjadi hambatan atau penyebab pengembalian berkas klaim.

Dari hasil identifikasi faktor 5 M yang menjadi faktor penyebab pengembalian berkas klaim yaitu petugas casemix yang kurang tekun, kurangnya pemahaman/pengetahuan koder, kurangnya ketelitian petugas bagian pemberkasan sehingga ada berkas yang terlewat/ tertinggal, adanya upgrade versi terbaru aplikasi INA-CBGs dan V-Claim juga program terbaru Kemenkes yang mengharuskan pasien TB di input ke aplikasi SITB dan berkas persyaratan klaim yang tidak lengkap.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

- 1) Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta memiliki SPO dalam pengajuan klaim rawat inap yaitu SPO Penagihan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap dan pelaksanaannya telah sesuai SPO yang berlaku .
- 2) Pengembalian berkas klaim Pasien rawat inap BPJS Kesehatan pada bulan Oktober-November 2022 sebanyak 118, penyebab dikembalikan berkas klaim diklasifikasikan menjadi 8 yaitu ketidaktepatan pengodean diagnosa/ tindakan sebanyak 49 (42%), belum memenuhi administrasi rawat inap karena tidak ada surat perintah rawat inap dan pelayanan di IGD < 6 jam sebanyak 18 (15%), tidak ada lampiran prosedur /Tindakan sebanyak 12 (10%), tidak melampirkan no registrasi TB sebanyak 8 (7%), tidak ada lampiran kronologis sebanyak 5 (4%), kelas perawatan tidak sesuai sebanyak 5 (4%), hasil pemeriksaan penunjang tidak memenuhi syarat sebanyak 3 (3%), dan penyebab lainnya sebanyak 18(15%).
- 3) Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta terdapat 3 Faktor yaitu faktor manusia : petugas casemix yang kurang tekun, kurangnya pemahaman/ pengetahuan koder, dan kurangnya ketelitian petugas bagian pemberkasan sehingga ada berkas yang terlewat/tertinggal, mesin: adanya upgrade versi terbaru aplikasi INA-CBGs dan V-

Claim juga program terbaru Kemenkes yang mengharuskan pasien TB di input ke aplikasi SITB, Material: berkas persyaratan klaim yang tidak lengkap. Sedangkan untuk 2 faktor lain yaitu uang dan metode tidak menjadi hambatan atau penyebab pengembalian berkas klaim.

Saran

- 1) Sebaiknya pada proses pengajuan klaim BPJS kesehatan walaupun sudah sesuai SPO perlu adanya pengontrolan pelaksanaan Standar Prosedur Oprasional (SPO) secara rutin agar dalam proses pengajuan klaim dapat menimalisir terjadinya kesalahan dan pelaksanaan pengajuan klaim bisa tersusun dengan baik dan benar.
- 2) Sebaiknya dalam pengodean diagnosa dan tindakan diberikan sosialisai kembali mengenai kode yang telah disepakati antara rumah sakit dan pihak BPJS Kesehatan agar menimalisir terjadinya pengembalian berkas klaim dengan penyebab koding tidak sesuai.
- 3) Disarankan adanya motivasi oleh kepala rekam medis kepada petugas casemix agar lebih tekun, pengetahuan petugas koding perlu ditingkatkan dengan lebih sering mengikuti pelatihan, seharusnya petugas casemix dapat mengantisipasi apabila terjadi upgrade aplikasi ke versi terbaru sehingga tidak mempengaruhi pekerjaan yang dilakukan dan diadakan sosialisasi mengenai penyebab dikembalikannya berkas klaim BPJS Kesehatan dengan koordinasi oleh pihak BPJS tentang persyaratan tertentu untuk penagihan klaim dan mengevaluasi dalam kelengkapan berkas untuk penagihan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. (2014). Permenkes RI No. 28 tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *Lincoln Arsyad*, 3(2), 1–46.
- Kemenkes RI. (2016). PMK 76 tentang Pedoman Indonesian Case Based Groups (INA CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. In *Menteri Kesehatan Republik Indonesia* (pp. 1–275).
- Ni Wayan Arikusnadi, Sudirman, & Abdul Kadri. (2020). Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 3(4), 159–165. <https://doi.org/10.56338/jks.v3i4.1708>
- 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(1), 23–28. <https://doi.org/10.33560/v4i2.128>
- Pemerintah Indonesia. (2013). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan*.
- Permenpanrb. (2012). *Permen PAN&RB Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur*.
- Putri, D. T., Viatiningsih, W., Dewi, D. R., & Yulia, N. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Dikembalikannya Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2021. *Jurnal Rekam Medis*, 5(2), 50–57. <http://ejournal.helvetia.ac.id/>
- Sander, A., Indawati, L., Widjaja, L., & Rumana, N. A. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021. *SEHATRAKYAT (Jurnal Kesehatan Masyarakat)*, 1(4), 387–398.

<https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v1i4.1180>

Siswati. (2018). *Manajemen Unit Kerja II Perencanaan SDM Unit Kerja RMIK*.

Triatmaja, A. B., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2022). Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Rsu Haji Surabaya. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 3(2), 131–138.
<https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i2.2252>