

ANALISIS PENGEMBALIAN KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT NUR HIDAYAH KABUPATEN BANTUL

Risti Nila Wijaya¹, Nurvita Wikansari², Tri Ariani³

¹²³⁾ *STIKes AKBIDYO Jalan Parangtritis KM.6, Sewon, Panggunharjo, Bantul, DIY*
E - mail : nurvita.wikansari@gmail.com

ABSTRAK

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian terpenting dari implementasi Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan di rumah sakit oleh BPJS Kesehatan melalui pengajuan klaim. Di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul ditemukan berkas klaim BPJS rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Oleh karena itu perlu dilakukan analisis pengembalian klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Kabupaten Bantul. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif dengan menggunakan instrument penelitian berupa lembar wawancara dan tabel *check list* observasi. Subyek dalam penelitian ini adalah empat petugas casemix di RS Nur Hidayah. Berkas klaim yang tidak lengkap adalah resume medis, laporan operasi dan tidak terlampirnya hasil penunjang. Faktor predisposisi yang menjadi penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan rawat inap adalah ketidakteelitian petugas. Faktor pemungkin yang menjadi penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan rawat inap adalah tidak terdapat lembar *check list*, aplikasi *e-claim* terkadang eror, dan jaringan yang tidak stabil. Faktor penguat yang menjadi penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan rawat inap adalah petugas tidak menjalankan SPO sesuai dengan progresnya. Faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul terdapat 3 faktor yaitu faktor Predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Upaya untuk mencegah terjadinya pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan perlu dilakukan pelatihan bagi petugas casemix.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, klaim, rawat inap, rumah sakit

ABSTRACT

Health financing is the most important part of the implementation of National Health Insurance which is provided in hospitals by BPJS Health through submitting claims. At Nurhidayah Bantul Hospital, inpatient BPJS claim files were found which were returned by the BPJS Health verifier, which could be detrimental to the hospital by slowing down the claim payment process. Therefore, it is necessary to analyze the return of BPJS Health Inpatient claims at Nur Hidayah Hospital, Bantul Regency. This research is descriptive qualitative research using research instruments in the form of interview sheets and observation check list tables. The subjects in this research were four casemix officers at Nur Hidayah Hospital. Incomplete claims files include medical resumes, operation reports and supporting results are not attached. The predisposing factor that causes inpatient BPJS Health claims to be returned is the officer's inaccuracy. The enabling factors that cause inpatient BPJS Health claims to be returned are that there is no check list sheet, the e-claim application sometimes has errors, and the network is unstable. The reinforcing factor that causes inpatient BPJS Health claims to be returned is that officers do not carry out

SOPs according to progress. There are 3 factors causing the return of inpatient BPJS Health claim files at Nur Hidayah Hospital, Bantul, namely predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors. Efforts to prevent the return of BPJS Health claim files require training for casemix officers.

Keywords: BPJS Kesehatan, claim, inpatient, hospital

PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang ditetapkan oleh Pemerintah Indonesia sejak Januari 2014 dan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim untuk selanjutnya dibayar oleh BPJS Kesehatan apabila telah dinyatakan layak klaim (Kusumawati, 2020).

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim Rumah Sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit (Artanto, 2018). Klaim melalui proses administrasi dimana petugas mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta-fakta tersebut dengan perjanjian kerja sama serta menentukan manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi. Oleh karena itu, kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan.

Program JKN tarif Indonesian case based

grups yang selanjutnya disebutkan tarif INA CBG's adalah pembayaran menggunakan INA CBG's baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis dan tindakan pasien dari kode INA CBG's (Kemenkes RI, 2013).

Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosis merujuk pada ICD-10 atau ICD-9 Catatan Medis (CM) (Dumaris, 2015). Dikarenakan Proses Pengajuan pada pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan merupakan suatu proses administrasi klaim yang dilakukan dengan menggunakan INA-CBG's, dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita. Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan polis (Agiwahyunto, 2019).

Menurut Artanto (2018), klaim BPJS Kesehatan yang dikembalikan atau ditolak disebabkan karena ketidaksamaan koding dan diagnosis dari RS dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan. Keakurasian dalam pengkodean penyakit dan tindakan sangatlah penting karena terkait dengan pembiayaan

pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan casemix INA-CBGs peran koder sangat menentukan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA CBGs ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan dalam menuliskan koding akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan dibutuhkan ketepatan koding (Indawati, 2019).

Kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan (Kemenkes RI, 2014). Kelengkapandokumen klaim BPJS dapat dipengaruhi oleh kelengkapan persyaratan seperti lembar penunjang medis, lembar resume dan laporan operasi. Hal ini menunjukkan bahwa ketidaklengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan adalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang berkaitan dengan perilaku petugas dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Berdasarkan teori Lawrence Green dalam penelitian Nursalam (2014) perilaku dapat dipengaruhi oleh faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

Studi pendahuluan yang di lakukan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul ditemukan berkas klaim BPJS rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan sebanyak 128 berkas klaim pada

tahun 2021. Oleh karena itu besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif, dimana penelitian kualitatif digunakan untuk menggali informasi terkait faktor penyebab dikembalikannya klaim BPJS Kesehatan di RS Nur Hidayah. Subyek dalam penelitian ini adalah 4 (empat) petugas casemix. Objek dalam penelitian ini adalah seluruh berkas klaim BPJS yang dikembalikan oleh verifikator pada tahun 2021 sejumlah 128 berkas.

Instrumen penelitian terdiri dari lembar wawancara, tabel *checklist* observasi, alat perekam, dan alat tulis. Teknik pengambilan data menggunakan wawancara mendalam, *checklist* observasi, dan studi dokumentasi.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan di RS Nur Hidayah Bantul. Berdasarkan hasil penelitian di Rumah sakit mengalami pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap pada bulan Januari sampai bulan Desember 2021 didapatkan 128 berkas klaim BPJS Kesehatan dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan dikarenakan:

1. Resume medis tidak terisi dengan lengkap,
2. Laporan operasi yang sulit terbaca
3. Tidak dilampirkannya lembar penunjang pada

berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap seperti hasil penunjang PA (Patologi Anatomi).

Terjadinya pengembalian berkas klaim memiliki pengaruh besar terhadap keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai rumah sakit sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Kemudian aliran dana kas rumah sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya. Di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul, klaim yang dikembalikan menjadi masalah serius karena rata-rata pasien yang rawat inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul menggunakan asuransi BPJS Kesehatan.

Hasil dari wawancara terkait pengembalian proses klaim BPJS Kesehatan peneliti menemukan bahwa:

1. Berkas yang tidak lengkap dikarenakan ketidaktepatan petugas *casemix* dan latar belakang petugas *casemix* tidak sesuai dengan Permenkes No 55 Tahun 2013 yang mewajibkan petugas *casemix* harus lulusan rekam medis.

Untuk melengkapi berkas klaim BPJS ada dua versi yaitu yang pertama mengambil

rekam medis karena yang rawat inap belum elektronik jadi masih menggunakan secara manual dan dilakukan *photocopy* dijadikan format PDF untuk diklaim BPJS Kesehatan tetapi untuk penunjang seperti laboratorium dan radiologi bisa diambil dari SIMRS jadi tidak perlu mencari rekam medis, hal tersebut menyebabkan tulisan tidak terbaca dan ada item-item yang tidak terisi.

2. Permasalahan dalam penggunaan *software* atau aplikasi dalam melaksanakan klaim BPJS Kesehatan yaitu untuk proses klaim terkendala saat aplikasi Kemenkes tidak bisa diakses seperti *E-Claim* eror karena dalam perbaikan *server dan maintenance*. Kemudian menarik data secara manual menyebabkan lambatnya proses penarikan data.
3. Beberapa petugas juga yang tidak melaksanakan Standar Prosedur Operasional (SPO) sesuai dengan progresnya disebabkan karena petugas tidak sadar diri terkait pentingnya SPO untuk peningkatan kinerja. SPOZ2 berguna sebagai panduan yang wajib digunakan untuk memastikan kegiatan operasional yang sudah ditetapkan.

PEMBAHASAN

Penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan erat kaitannya dengan perilaku manusia yang berkaitan dengan pengisian kelengkapan berkas klaim BPJS. Menurut teori Lawrence Green dalam penelitian Nursalam

(2014), menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu faktor *predisposing*, faktor *enabling*, dan faktor *reinforcing*.

- a. Faktor *Predisposisi* (*Predisposing Factor*)

Hasil dari proses klaim BPJS Kesehatan peneliti menemukan berkas yang tidak lengkap yaitu hasil PA (Patologi Anatomi) yang belum terkumpul, item- item resume medis yang tidak terisi lengkap karena ketidakteitian petugas *casemix* dan latar belakang petugas *casemix* tidak sesuai dengan Kemenkes RI (2013) yang mewajibkan petugas *casemix* harus lulusan rekam medis, hal tersebut mengakibatkan ketidaklengkapan berkas klaim BPJS rawat inap. Menurut Kemenkes RI (2013), perekam medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Menurut Noviatr (2016) tentang analisis faktor penyebab keterlambatan klaim menjelaskan bahwa kendala dari faktor *presdiposisi* diantaranya dari petugas verifikator awal yang tidak teliti dalam menilai kelengkapan berkas, dokter mengisi resume dengan tidak lengkap, dan petugas pengkodean yang melakukan pekerjaan yang lain sehingga lupa atau salah dalam mengisi kode di berkas rekam medis.

Berdasarkan teori Hatta.(2013), ketepatan pengkodean diagnosis sangat tergantung pada pelaksana yang menangani rekam medis. Apabila petugas rekam medis kesulitan dalam membaca diagnosis, sebaiknya petugas menanyakan atau mengkonfirmasi kembali kepada dokter yang bertanggungjawab sehingga ketepatan kode diagnosis lebih terjamin.

Selain itu, kelengkapan berkas rekam rawat inap masih menggunakan manual dan

dilakukan *photocopy*, sehingga menyebabkan tulisan tidak terbaca dan ada item-item yang tidak terisi sehingga menyebabkan berkas klaim BPJS Kesehatan dikembalikan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Irmawati, dkk. (2018), dijumpai ketidaklengkapan lembar formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap. Ketidaklengkapan dokumen rekam medis disebabkan kurangnya sarana atau alat bantu seperti kartu kendali untuk meuliskan dokumen yang tidak lengkap, buku ekspedisi untuk serah terima dokumen dari bangsa ke *assembling* sehingga tidak adanya pengendalian dokumen rekam medis yang tidak lengkap. Hal tersbut menyebabkan banyak ditemukan dokumen yang kurang lengkap dalam pengisiannya dan petugas juga mengerjakan tugas lain selain assembling seperti koding yaitu memberi kode dan mengentri kode sehingga menyebabkan tidak efiseien dalam menjalankan tugas.

b. Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor *enabling* yang digunakan dalam mendukung pelaksanaan klaim pelayanan pasien BPJS Kesehatan adalah terkait dengan *hardware*, *software* dan integrasi sistem informasi. Hasil dari wawancara dan observasi diketahui bahwa faktor *enabling* yang digunakan untuk proses klaim BPJS Kesehatan meliputi printer, *scanner*, dan komputer yang terhubung dengan jaringan internet. Petugas menjelaskan bahwa adanya masalah seperti jaringan internet yang tidak stabil. Hal ini akan menghambat

pekerjaan petugas karena harus menunggu sampai jaringan internet stabil. Aplikasi dan jaringan internet yang sering bermasalah, aplikasi belum *bridging* antara INACBG's dengan SIMRS juga dapat menyebabkan keterlambatan klaim (Sophia, 2017).

Menurut Linda, dkk. (2021) dalam penelitiannya, menjelaskan bahwa *software* error dan jaringan internet eror dapat mempengaruhi proses klaim BPJS Kesehatan. Menurut Mayori (2020), menjelaskan bahwa adanya jaringan yang eror dari rumah sakit maupun BPJS akan menghambat pekerjaan petugas karena harus menunggu sampai jaringan stabil.

c. Faktor Penguat (*Reinforcing Factor*) Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul didapatkan beberapa petugas yang tidak melaksanakan SOP sesuai dengan progresnya disebabkan karena petugas tidak sadar terkait pentingnya peningkatan kinerja. SOP berguna sebagai panduan yang wajib digunakan untuk memastikan kegiatan operasional yang sudah ditetapkan. Perlu adanya peningkatan kinerja, motivasi dan monitoring evaluasi kinerja sehingga harapannya petugas berkerja sesuai dengan SPO tersebut.

Penelitian Pratamawisadi (2017) yang menyatakan bahwa seharusnya SPO digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan BPJS Kesehatan dan dipahami oleh seluruh pegawai dengan berpatokan

pada standar pelayanan, sehingga proses pelayanan dapat berjalan dengan baik demi mewujudkan tujuan pelayanan BPJS Kesehatan yang prima.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, penyebab pengembalian berkas rekam medis rawat inap di RS Nur Hidayah adalah faktor *predisposing* yaitu ketidaktelitian petugas dalam mengisi rekam medis, faktor *enabling* yaitu erornya software sehingga berkas tidak lengkap terupload dan terlihat jelas, faktor *reinforcing* yaitu petugas tidak menjalankan tugas sesuai SOP BPJS Kesehatan rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyuant, F. (2019). Analisis Implementasi TQM Pada Kasus Pending Klaim JKN di RSUD Kendal Tahun 2018. *Jurnal Manajemen Kesehatan Nasional*, 7(3): 171-180.
- Artanto A. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2).
- Dumaris, H. (2015). Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi RumahSakit*, 3(1).
- Hatta. G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Indawati. Laela,(2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rsup Fatmawati Tahun 2016: *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2).
- Irmawati, I., Kritijino,A., Susanto,E., Belia, Y, (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

- (BPJS) Pasien Rawat Inap Di Tinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di Rsud R.A Kartini Jepara: *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 1(1).
- Kemkes RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis.
- Kemkes RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- Kemkes RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Kusumawati, A. N., Pujiyanto. (2020). Faktor - Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Tahun 2018. *Cermin Dunia Kedokteran*, 47(1).
- Linda Dwi Astuti, Indira chotimah dan Siti Khodijah Parinduri. (2021). Analisis Faktor yang mempengaruhi proses klaim BPJS di RSUD Leuwiliang Bogor Tahun 2018. *Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 4(3).
- Mayori (2020), Jaringan Komputer. *Makalah Jaringan Computer*. Universitas Hasanuddin.
- Noviatri, L. W., & Sugeng, S. (2016). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS Di RS Panti Nugroho. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1).
- Nursalam, S. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pratamawisadi. (2017). Faktor Penghambat Dalam Pelayanan Program BPJS Di Rumah Sakit Umum Puri Raharja. *Skripsi*. Denpasar.
- Sophia. (2017). Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pada Rumkital Dr. Mintohardjo, DKI Jakarta. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(3).