

Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pelayanan Kesehatan JKN di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Mutiara Bunda Padang

Rahmida Y. Ahdinur¹, Rima Semiarty², Rahmi Fahmy³

^{1,2}*Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Jl. Jati, Kota Padang, Sumatera Barat, Indonesia 25129*

³*Ilmu Ekonomi, Fakultas Ekonomi, Universitas Andalas, Kampus Unand Limau Manis, Kota Padang, Sumatera Barat, Indonesia, 25163*

Email: rahmida87@gmail.com¹, rimasemiarty@med.unand.ac.id², rahmifahmy@e.unand.ac.id³

Abstrak

Permasalahan pengembalian berkas klaim disebabkan oleh ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian dokumen berkas klaim mulai dari pelayanan administrasi, pengisian resume medis, pengkodean dan entri data, verifikasi berkas klaim, serta pengajuan klaim. RS Mutiara Bunda merupakan rumah sakit Ibu Anak yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kasus pending cukup tinggi dibandingkan dari seluruh klaim yang ditagihkan tahun 2021 pada RSIA yaitu sebanyak 2%. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya informasi mendalam terkait pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen, serta analisis data melalui tahapan triangulasi sumber dan metode. Adapun hasil penelitian dari sisi pelayanan *admission*, belum lengkapnya dokumen klaim yang dipersyaratkan, dari sisi pengkodean dan entri data klaim belum sesuai dengan aturan coding, dari sisi verifikasi berkas klaim masih terjadi pending dikarenakan terlewatnya pada saat verifikasi terkait ketidaklengkapan berkas klaim, adanya formulir yang tidak terscan dan kesalahan pengkodean. Harapannya perlu pembuatan SOP dan uraian tugas pelayanan *admission* dan pengisian resume medis oleh dokter, pendidikan dan pelatihan coding bagi tenaga koder sehingga mengurangi kekeliruan dalam kodifikasi, memenuhi kelengkapan sarana prasarana penunjang diantaranya mesin scan dan printer untuk dapat mempercepat proses kerja koder.

Kata kunci: Berkas klaim, BPJS, JKN, Pengembalian, Rumah Sakit

Reasons for Returning Claim Files for JKN Health Services at Mutiara Bunda Padang Mother and Child Hospital

Abstract

The problem of require file claim is caused by the incompleteness and incompatibility of the JKN health service file claim documents, starting from administrative services, filling out medical resumes, coding and data entry, verifying claim files, and submitting claims. Mutiara Bunda Hospital is a Mother-Child hospital in collaboration with BPJS Kesehatan KC Padang, pending cases are pretty high compared to all claims billed in 2021 at RSIA, which is 2%. This study aimed to find in-depth information regarding the return of claim files for JKN health services at RSIA Mutiara Bunda in 2021. This study used a qualitative design with data collection techniques through in-depth interviews, observation, document review, and data analysis through the triangulation of sources and methods. As for the results of the research from the admission service side, the required claim documents are not yet complete, in terms of coding and claim data entry it is not by the coding rules, from the claim file verification side there is still pending due to delays in verification related to the incomplete claim file, there are forms that are not scanned and encoding errors. The hope is that it is necessary to make SOPs and job descriptions for admission services and filling form of medical resumes by doctors, education, and coding training for coders to reduce errors in codification and fulfill the completeness of supporting infrastructure including scan machines and printers to speed up the coder's work process.

Keywords: Required files claims, BPJS, JKN, Returns, Hospitals

PENDAHULUAN

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai Badan Penyelenggara merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh rakyat Indonesia, diamanatkan untuk mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu dan kendali biaya, serta sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif guna tercapainya sustainability program JKN (UU RI No 40 Tahun 2004, UU RI No 24 Tahun 2011, Peraturan BPJS No. 7 Tahun 2018). Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif, dimana metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran klaim kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atau rumah sakit adalah dengan INACBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS, 2014).

Klaim yaitu tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lainnya kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau di rawat di rumah sakit. Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosa dari ICD 10 dan ICD 9 CM (Artanto, A.E.P. 2018). Dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan No 7 tahun 2018 tentang pengelolaan administrasi klaim fasilitas kesehatan disebutkan penyelenggaraan

jaminan kesehatan meliputi administrasi umum pengajuan, administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan. Kemudian berkas klaim akan di verifikasi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, apabila hasil verifikasi klaim belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, maka berkas klaim dikembalikan ke rumah sakit asal untuk mendapatkan konfirmasi (Peraturan BPJS No. 7 Tahun 2018). Hingga tahun 2021 BPJS Kesehatan Kantor Cabang Padang telah bekerjasama dengan 33 Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL). RSIA Mutiara Bunda merupakan Rumah Sakit termuda yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yaitu pada tahun 2020, sehingga sangat dimungkinkan terjadi kendala dalam manajemen penagihan klaim Rumah Sakit (PKS BPJS Kesehatan dan RSIA Mutiara Bunda, 2021).

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara nasional terutama pada proses klaim INA-CBG di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), masih terdapat perbedaan pendapat untuk beberapa kasus antara pihak Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dengan BPJS Kesehatan yang menyebabkan terjadinya penundaan ataupun pemasalahan dalam pembayaran klaim INA-CBG (Permenkes No 26 Tahun 2021).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan terhadap sampel dokumen klaim yang dikembalikan di RSIA Mutiara Bunda, ditemukan adanya masalah ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian dokumen berkas klaim serta belum lengkapnya SOP Rumah Sakit. Berdasarkan data awal diperoleh persentase kasus pending RSIA Mutiara Bunda lebih tinggi dibandingkan dengan tiga Rumah Sakit Ibu dan Anak lainnya yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yaitu sebesar 2%. Permasalahan diatas akan berakibat pada menurunnya jumlah klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan ke RSIA Mutiara Bunda pada bulan penagihan klaim tersebut dan mengakibatkan aliran kas rumah sakit terganggu, sehingga dapat mempengaruhi kegiatan operasional rumah sakit mengingat RSIA Mutiara Bunda merupakan RS Khusus

Ibu Anak kelas C swasta dimana sumber pembiayaan berasal dari Rumah Sakit.

Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan hasil yang sama dengan permasalahan yang ditemukan di RSIA Mutiara Bunda diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Leli Rahayu, Ida Sugiarti yang berjudul Analisis Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit seperti dalam hal prosedur administrasi kepesertaan, faktor resume medis, faktor kodefikasi diagnosis dan faktor kodefikasi tindakan. Faktor yang menyebabkan berkas klaim BPJS kesehatan dikembalikan yaitu tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien mengenai pengumpulan berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS. Berkaitan dengan beberapa permasalahan tersebut di atas, maka tujuan penelitian ini untuk menganalisis lebih lanjut Analisis Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pelayanan Kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda Tahun 2021.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, pemilihan desain ini berfokus untuk menggali informasi mendalam dari individu atau informan terpilih. Metode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi dan telaah dokumen. Setelah data didapatkan, dilakukan pengolahan data menggunakan analisis konten sehingga diperoleh interpretasi hasil yang menggambarkan manajemen klaim pelayanan kesehatan di RSIA Mutiara Bunda. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret sampai Mei 2022, bertempat di RSIA Mutiara Bunda Padang. Pada penelitian ini, informan kunci adalah peneliti sendiri. Informan pendukung lainnya sebanyak 10 orang. Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam yang terdiri dari Direktur RSIA Mutiara Bunda, Manager Bidang Pelayanan Medis, Kepala *Case mix*, Verifikator Internal, Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP), PIC Klaim JKN, Petugas Administrasi Klaim dan Petugas Entri Data (Koder) Mutiara Bunda, Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan dan Verifikator BPJS Kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Klaim yang dilakukan oleh rumah sakit rujukan yang melakukan pelayanan dan perawatan pada pasien BPJS dimulai dari pelayanan administrasi yang diberikan kepada pasien.

“...yang pertama pasien datang itu ke bagian admisi, habis itu membuat cetakan SEP, kalau misalnya pasien baru itu kan pake lembaran SBPK nya juga lembaran kontrol ulang untuk kontrol selanjutnya, habis itu kalau misalkan pasien ibu hamil ada KIA, ini ada syaratnya juga bu jadi, KIA ini tanggal rujukannya harus sesuai ... kadang faskesnya merujuk tanpa ada alasan, kadang dokter mengembalikan lagi ke faskesnya jadi harus ada alasan ngapain pasien ini dirujuk habis itu difotokopi sama pasiennya satu rangkap ...” (Inf-8)

Tabel. 1 Karakteristik Informan Pelayanan Administrasi

No	Kode	Pendidikan Terakhir	Jabatan
1	A1	S2 MARS	Direktur
2	A2	S1 Pendidikan Dokter	Manager Bidang Pelayanan Medis
3	A3	DIII Rekam Medis	Kepala Case mix
4	A4	DIII Rekam Medis	Koder dan Verifikator Internal rawat jalan
5	A5	DIII Kebidanan	Verifikator internal rawat inap
6	A6	Dokter Spesialis Kebidanan dan kandungan	Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP)
7	A7	DIII Kebidanan	PIC Klaim JKN
8	A8	DIII Rekam Medis	Petugas Administrasi
9	A9	DIII Keperawatan	Verifikator BPJS
10	A10	S1 Pendidikan Dokter	Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan BPJS Kesehatan

Masih ditemukan kendala terkait kelengkapan berkas klaim di admisi dan kelalaian petugas dalam mengisi serta melengkapi berkas pendukung seperti SEP

“...Seperti Kalau untuk ibu hamil seperti KIA, KIA kadang pasiennya rujukan

baru, kadang KIA ga ada, gaa di bawa sama pasiennya, jadi harus bawa buku KIA, kadang pasiennya menunggu di sini suaminya atau yang mengantarkan si ibu menjemput KIA nya menjemput ke rumah...padahal saat pelayanan sebelumnya sudah diinfokan kepeserta syarat-syarat yang harus dibawa secara lisan, pada saat akan mencetak lembar kontrol ulang. (Inf-8)

“...insya allah tidak ada yang hilang, dan ada satu lagi admisi untuk malam untuk cek nya. kadang SEP dibuat tapi untuk hasil print outnya lupa ngeprint sama petugas pas sihf siang atau shift pagi jadi kita malamnya kita cetakin biar ada print outnya atau ada juga terklep dua pasien sekaligus” (Inf-8)

“...misalkan pasien datang di berikan pelayanan misalkan cek labor atau apa, terkadang lupa menuliskan karena cek labor itu atau penunjang itu di luar dari pelayanan yang inti, gitu ya, karena kita masih terbatas untuk petugasnya,apalagi kalo sore poli ramai, ada hal-hal seperti itu...” (Inf-4)

“...harusnya di cek per detail bu satu pasien pemberkasannya, jadi untuk sampai tempat penagihan case mix itu udah lengkap syarat-syarat semuanya...” (Inf-3)

Pengisian Resume Medis

Pengisian resume medis berpengaruh kedalam proses kodifikasi oleh koder. Pengisian resume medis di RSIA Mutiara Bunda dilakukan oleh dokter yang sudah dilatih dan dianggap berkompeten dalam melakukan pengisian resume medis.

“...resume medis itu nanti kalau di sini DPJP yang mengisi ataupun dokter jaga yang sudah di latih di anggap

berkompeten untuk melakukan pengisian resume medis...” (Inf-2)

Penyebab ketidaklengkapan pengisian resume medis, diungkapkan informan sebagai berikut:

“...kenyataannya karena jadwal visite berbarengan dengan jadwal poli atau karena ada pasien emergency yang bikin tidak tepat waktu dalam pengisian resume. Jika tidak tepat waktu pengisiannya...mmhh tentu akan berpengaruh juga terhadap isiannya dikarenakan dokter lupa mencatat kondisi pasien selama rawatan atau tindakan serta terapi yang diberikan jika tidak diisi langsung...” (Inf-7)

Ditemukan kendala terkait dengan pengisian resume medis di RSIA Mutiara Bunda.

“..Ya ada kendalanya, kadang saya harus visite dan ada operasi Cito, apalagi ada beberapa dokter yang juga bukan dokter tetap atau berpraktek di RS lain. Jadi tertunda pengisiannya. Akibatnya ya bisa jadi kadang lupa juga ini pasien yg mana ya kemaren, kronologis dan terapinya...” (Inf-6)

“..Saya pernah itu ditelpon atau dihubungi langsung kadang lupa tanda tangan atau ada diagnosa yang kurang jelas atau tulisan saya yg jelek jadi mereka ga bisa baca...” (Inf-6)

“...Masalah yang paling sering dikonfirmasi itu juga karena beda persepsi contoh pada teori 40 minggu itu sudah posterm, tapi kalo di BPJS diaturannya 42 minggu baru posterm. Nah ini pasti dikonfirmasi ke saya nanti. Atau gini..untuk oligohidroamnion itu harus ada ditulis skor AVInya untuk bisa dijamin, kadang saya ga tulis ,paling cuma tulis tindakan USGnya aja. Kadang teori yang dipelajari ga sesuai

dengan kriteria penjaminannya di BA kalo tidak salah...” (Inf-6)

Pengkodean dan Entri Data

Berikut tugas tim casemix dalam melakukan pengkodean sebelum penginputan di E-klaim/Ina Cbg, yang disampaikan informan:

“...tugas rekam medis, dia akan mencek, kalau misalkan di temukannya ketidaklengkapan dia kembalikan, kalau misalkan DPJP kurang menulis diagnosa atau...” (Inf-2)

Namun masih ditemukan beberapa kendala dalam melakukan pengkodean dan entri data seperti berbeda persepsi diagnosa, resume medis yang kurang lengkapserta kendala terkait sarana prasana yang dinilai masih kurang:

“...biasanya sih berbeda persepsi atau diagnosa, misalnya contohnya pasien kan diagnosanya Preterm tapi DPJP menuliskan usia kehamilannya itu 37 38 minggu itu kan sudah masuk aterm. Jadi karena terlalu fokus sama diagnosa Pretermnya jadi ya terkode lah diagnosa Pretermnya nya padahal pasien sudah aterm ...” (Inf-3)

“... Jadi untuk kelengkapan resumeberhubungan dengan pengkodean contoh dengan dokter menulisnya usia kehamilan tujuh sampai usia kehamilan delapan minggu di diagnosa abortus komplit secara pengkodean dia berbeda karena usia kehamilannya di bawah 10 minggu, kodenya missabortion ...” (Inf-3)

“...koding bermasalah karena form yang belum terisi lengkap , kadang dokter lupa ngisi sbpk pasien, ...” (Inf-9)

Verifikasi Berkas Klaim

Perlunya monitoring oleh pihak rumah sakit dan verifikasi oleh internal untuk melakukan pengecekan pada berkas klaim sebelum klaim itu diajukan ke BPJS.

“...hmmm kalau untuk tugas saya sebagai manager yanmed itu melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan klaim, jadi di setiap bulan kita sebelum naik klaim, saya meminta laporan dari tim case mix apakah ada permasalahan atau klaim yang akan naik, begitu mungkin permasalahan diagnosa dari berkas-berkasnya ataupun dari permasalahan dari segi waktu penaikan klaim nya, apakah ada keterlambatan dan sebagainya jadi saya meminta setiap tim case mix melaporkan kepada saya realtime maupun perbulan, gitu yaa...” (Inf-2)

“...nanti kita akan melakukan proses pengecekan kelengkapan berkas klaim ya bu, ya nanti kita cocokan dokumen pengajuan dengan pengajuan yang ada di aplikasi/ TXT yang dikirim ke aplikasi ya bu, nanti kita cocokan, kalau udah sesuai kita terus cek juga nih jumlah berkas scannya yang dikirimkan ke kita apakah sudah cocok dengan lembar ceklisnya atau belum. Setelah itu baru nanti kita buat bukti penerimaan klaim dan lakukan verifikasi...” (Inf-9)

Kendala yang ditemukan dalam proses verifikasi oleh verifikator internal.

“...mmm yang pertama masalah kode, bisa dibilang setiap bulan ada selalu, kemudian dari segi teknis ada formulir yang tidak terscan, kurangnya berkas penunjang, laporan operasi yang tidak terscan, kayak administrasi masih kurang juga...” (Inf-3)

“...pending rata-rata terkait dengan kode dokter, atau kadang beberapa case kadang lupa scan laporannya...” (Inf-5)

Pihak BPJS menyampaikan hal yang sama terkait penyebab pendingnya klaim rumah sakit, namun tidak ditemukan komplek atas kasus klaim pending tersebut.

“...tidak disetujuinya untuk klaim-klaim yang pending mungkin ya, pending itu biasanya tadi itu kelengkapan berkas, ada berkas yang tidak lengkap, ada juga yang belum sesuai regulasi, itu yang biasanya kita actionkan pending ...” (Inf-10)

“...kalau komplain sih tidak ada karena jika kita melakukan pending untuk klaim-klaim tersebut bisa kita sertakan dengan alasan untuk dilengkapi atau diperbaiki oleh RS...” (Inf-10)

“...kalau untuk verifikasi kita totalnya 10 hari sesuai SLA, kalau untuk dibayarkan itu totalnya 25 hari dari BAST (Berita Acara Serah Terima) atau bukti penerimaan klaim sampai pembayaran...” (Inf-9)

Pengajuan Berkas Klaim

Proses pengajuan berkas klaim dilakukan secara lengkap dan sudah diketahui oleh direktur dan adapun terjadi masalah dalam klaim akan didiskusikan dengan direktur, seperti yang disampaikan informan:

“...jadi setiap ketika ada ketika klaim itu akan naikan maupun dalam proses pelayanan klaim pun kita bareng dengan tim anti fraud untuk memastikan bahwa tidak ada bentuk kecurangan termasuk saya sendiri, baik itu secara keuangan ataupun secara mutu pelayanan pasien gitu yaa, kalau kitayang terpenting mutu yang pertama ...” (Inf-1)

“...berkas dilakukan verifikasi, jika verifikasi tidak selesai maksud nya verifikasinya naik dengan manajemen pelayanan, dari manajemen pelayanan itu naik sampai ke direksi dan memastikan bahwa tidak mengambil keputusan sendiri yaa, dan setelah itu fix lalu di terbitkan berita acara manual oleh teman-teman verifikatornya rumah sakit

nah dari direksi pasti ada persetujuan untuk menaikan klaim yaa, berapa jumlah klaim , terus berita acara manual nya kita yang mendatangi, kita make sure bahwa sebelum saya tanda tangan saya pastikan apakah sudah sesuai , dan sudah di cek oleh verifikator dengan manajemen pelayanan sehingga nanti klaimnya tidak bermasalah seperti itu keterangannya...” (Inf-1)

Proses serah terima berkas klaim dilakukan oleh PIC di RS RSIA Mutiara Bunda, melalui scan dan hardnya yang diantar langsung ke kantor cabang:

“...jadi pada setiap bulannya itu, awal bulannya kita selalu berkomunikasi tanggal berapa mau serah terima, setelah tanggalnya ditetapkan nanti pada hari H, pic akan menghubungi saya pada pagi hari ininya sekedar reminder kalau pada hari itu kita akan melaksanakan serah terima klaim, setelah oke, nah nanti PIC akan mengirimkan surat pengantar serah terima klaim dan juga scan berkasnya melalui grup, untuk hardnya surat pengantarnya juga dikirimkan ke kantor cabang...” (Inf-9)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSIA Mutiara Bunda yang didapatkan dari wawancara mendalam, telaah dokumen, dan observasi ditemukan bahwa proses pelayanan di RSIA Mutiara Bunda dikategorikan pasien BPJS yang pertama kali berobat atau pasien BPJS lama. Beberapa kendala pada terkait kelengkapan berkas klaim di bagian admission yang masih ditemukan seperti kelalaian pasien itu sendiri membawa persyaratan seperti buku KIA di RSIA Mutiara Bunda, sehingga mereka akan menjemput kembali berkas yang tertinggal sehingga memerlukan waktu tunggu yang lama bagi pasien dalam proses penanganan. Terkait dengan hal ini, harapannya RSIA dapat menginformasikan terkait dengan kelengkapan persyaratan yang harus dipenuhi kepada peserta pada media online ataupun banner, agar dapat mengurangi lamanya proses pada

pelayanan *admission*. Kendala lainnya yang ditemukan petugas admisi juga ditemukan lupa dalam mencetak SEP walaupun sudah terinput dalam aplikasi. Selain itu petugas admisi yang kurang teliti memeriksa layanan penunjang seperti adanya pelayanan laboratorium, USG namun tidak ada berkasnya. Hingga saat ini RSIA Mutiara Bunda juga belum memiliki SOP dan uraian tugas terkait pelayanan *admission* Rumah Sakit. Harapannya dibuatkan SOP dan uraian tugas agar petugas dapat menjalankan tugas sesuai dengan standar, peran dan fungsinya dikarenakan proses penagihan klaim JKN berawal dari pelayanan *admission*.

Faktor lain terkait dengan lambatnya proses klaim, salah satunya adanya ketidaklengkapan pengisian resume medis, penulisan diagnosa yang kurang spesifik oleh dokter atau tenaga medis. Penulisan resume medis yang lengkap sangat berperan penting dalam proses kodifikasi yang tepat dan benar. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurdianti dkk masih ditemukan ketidaklengkapan resume medis pasien yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu penulisan diagnosa kurang spesifik atau tulisan dokter terkadang susah dibaca dan tidak menuliskan nama dokter dan tanda tangan dokter penanggung jawab pasien (Nurdianti, P., Majid, R., & Rezal, F.2017). Hingga saat ini RSIA Mutiara Bunda belum mempunyai SOP terkait penulisan resume medis sehingga terdapat variasi pengisian resume medis di lapangan baik dari segi waktu maupun kelengkapan pengisian. Harapannya dapat dilakukan evaluasi seperti rapat rutin dan pembuatan SOP terkait penulisan resume medis RSIA Mutiara Bunda. Faktor resume medis dalam prosedur klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit membahas mengenai kelengkapan resume medis dinilai dari empat komponen yaitu identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi penulisan dan catatan yang baik. Hal ini dikarenakan resume medis yang tercantum identitas pasien, nomor rekam medis, tanggal pelayanan, diagnosa dan prosedur/tindakan medis yang diberikan kepada pasien serta tanda tangan dokter dan nama jelas dokter, menjadi persyaratan

kelengkapan berkas yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim BPJS (Pardede, R. 2020)

Kode diagnosis dan prosedur merupakan salah satu variabel penghitungan biaya pelayanan rumah sakit yang akan di klaim. Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis sesuai ICD 10 2010 dan kode prosedur sesuai ICD 9 CM merupakan hal terpenting yang harus dilakukan tenaga medis karena hal ini akan mempengaruhi *grouping* dan tarif biaya yang akan dihasilkan. Berdasarkan hasil penelitian, yang menjadi faktor penyebab ketidakakuratan kode yaitu penulisan diagnosis tidak spesifik sehingga kodifikasi tidak lengkap (Sukawan, A., & Meilany, L. 2020). Pengkodean dan entri data di RSIA Mutiara Bunda Padang masih ditemukan beberapa kendala dalam melakukan pengkodean seperti kodifikasi diagnosa dan prosedur yang tidak tepat yang disebabkan ketidaklengkapan resume medis yang kurang lengkap, *human error* koder, serta perbedaan dalam menginputkan data peserta seperti tanggal masuk dan tanggal pulang. Hasil telaah dokumen juga didapatkan dari sampel berkas sebanyak 26 berkas atau sebesar 34%. Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ningtyas dkk bahwa faktor yang menyebabkan kode diagnosis dan prosedur tidak akurat yaitu koder mengandalkan hafalan merujuk pada ICD 10 dan ICD 9 volume 3 saja tanpa merujuk pada volume 1 (Ningtyas, N. K., Sugiarsi, S., & Wariyanti, A. S. 2019). Selain itu, koding tidak sesuai karena koder tidak melakukan koding secara lengkap (Permenkes No. 27 Tahun 2014). Sesuai dengan teori BPJS verifikator wajib memastikan kesesuaian prosedur pada tagihan dengan kode ICD 9 CM. Langkah-langkah kodifikasi menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM menurut Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2014 (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS, 2014). Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Group's* dimulai dengan menentukan *lead term* lalu dicari pada volume 3 index dan di rujuk ke volume 1 tabular list (Tambunan, M, R. 2013).

RSIA telah memiliki SOP lengkap terkait verifikasi klaim Rumah Sakit. Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh

diketahui bahwasannya RSIA Mutiara Bunda Padang terkait dengan proses verifikasi yang dilakukan sudah mengacu pada regulasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan berguna meminimalisir hambatan proses persetujuan klaim. Selain itu juga mengacu pada SOP yang telah ditetapkan (Permenkes No 26 Tahun 2021). Menurut Tambunan, SOP pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan (Tambunan, M, R. 2013). Namun masih terjadi beberapa pengembalian berkas klaim di RSIA Mutiara Bunda antara lain karena ketidaklengkapan berkas klaim yang belum *terscan* atau kekurangan seperti berkas penunjang, kesalahan dalam pengkodean, contohnya kode USG untuk kehamilan berbeda dengan USG biasa, ataupun dokter yang masih lupa atau kurang dalam mengisi resume medis. Hal ini terlewat saat dilakukan verifikasi. Sementara berkas klaim yang telah diajukan akan diverifikasi maksimal 10 hari kalender dan pembayaran klaim akan dibayarkan 25 hari kalender dari Bukti Penerimaan Klaim.

Menurut hasil penelitian Ni wayan Arikusnadi, dkk (2020) bahwasannya penyebab berkas klaim tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan adalah ketidaksesuaian diagnosa, ini dikarenakan petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena DPJP yang mempunyai diagnosa yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu dan tidak didukung dengan bukti pelayanan yang diberikan, dimana akhirnya petugas input memasukkan diagnosa tersebut untuk mencegah penolakan klaim karena adanya batas pengajuan berkas klaim, dan juga ada beberapa hal dimana ada perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Harapan kedepannya verifikasi internal secara optimal untuk melakukan pengecekan pada berkas klaim sebelum klaim itu diajukan ke BPJS. Kemudian, diharapkan PIC yang terlibat lebih

teliti lagi dan *updating* pemahaman terkait regulasi verifikator internal dalam pemeriksaan berkas klaim sebelum diajukan.

Proses pengajuan klaim dari RSIA Mutiara Bunda kepada BPJS Kesehatan meliputi tahap pengiriman dokumen berkas klaim dan TXT. Setelah diterima, maka BPJS Kesehatan akan menerbitkan Bukti Penerimaan Klaim dan selanjutnya pada hari ke 10 akan dilakukan penerbitan Berita Acara Kelengkapan Klaim dan selanjutnya akan dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan. Sebelum dilakukan pembayaran, BPJS Kesehatan akan menerbitkan FPK (Formulir Pengajuan Klaim) yang berisi jumlah klaim yang sesuai dan akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Untuk klaim yang tidak lengkap ataupun tidak sesuai akan dikembalikan dengan membuat Berita Acara Pengembalian Berkas Klaim. Alur pengajuan klaim di RSIA Mutiara Bunda berdasarkan hasil observasi dan wawancara, sudah berjalan sesuai dengan Juknis Verifikasi yang dibuat oleh BPJS kesehatan tahun 2014 dan sesuai dengan SOP yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Pelaksanaan monitoring berkas sesuai dengan Permenkes No. 27 tahun 2014 bahwa, salah satu kekurangan dalam metode pembayaran prospektif yang digunakan dalam sistem JKN ini perlu adanya monitoring Pasca klaim agar klaim dapat di kendalikan belum dilaksanakan di Rumah sakit (Permenkes No. 27 Tahun 2014). Kedepannya dapat dilakukan evaluasi seperti rapat rutin. Dalam rapat rutin bisa memecahkan atau mencari jalan keluar atas suatu permasalahan terkait pengajuan klaim secara lebih cepat dan tidak terulang kedepannya, kemudian sebagai penyampaian informasi terkait perintah dan pernyataan apabila ada perubahan kebijakan baru sehingga akan mudah disampaikan atau disosialisasikan dan sebagai alat koordinasi internal dan external untuk menghindari perbedaan persepsi.

SIMPULAN

Penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan dari sisi pelayanan administrasi pelayanan kesehatan JKN di

RSIA Mutiara Bunda sudah sesuai prosedur, namun masih ditemukan kendala seperti kelalaian pasien dalam memenuhi persyaratan atau kartu berobat, yang mengharuskan mereka akan menjemput kembali sehingga memerlukan waktu tunggu yang lama bagi pasien dalam proses penanganan, selain itu petugas yang kurang teliti atau terlupa dalam menyertakan layanan penunjang untuk pasien yang bersangkutan.

Penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan dari sisi pengisian resume medis klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda dilakukan oleh dokter yang sudah dilatih dan dianggap kompeten.

Penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda Tahun 2021 dari sisi pengkodean dan entri data klaim belum sesuai dengan dengan aturan koding dan pengimputan di aplikasi INA CBG sudah sesuai dengan SOP RSIA Mutiara Bunda. Hal yang belum sesuai diantaranya terkait dengan pengisian resume medis yang tidak lengkap sehingga mempengaruhi kode yang akan dikoding, belum sesuai uraian tugas koder terkait dengan pencetakan billing, serta sarana prasarana masih dibutuhkan tambahan untuk mesin *scan* dan printer dalam bekerja.

Penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda Tahun 2021 dari sisi verifikasi berkas klaim, masih adanya terjadi pending berkas klaim antara lain: ketidaklengkapan berkas klaim, adanya formulir yang tidak terscan, kesalahan pengkodean, penulisan resume dokter yang kurang lengkap.

Penyebab pengembalian berkas klaim pelayanan kesehatan JKN di RSIA Mutiara Bunda Tahun 2021 dari sisi pengajuan klaim tidak ada kendala yang berarti, namun diperlukan monitoring dan Evaluasi tiap bulannya untuk mengurangi klaim yang dikembalikan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, RSIA Mutiara Bunda, dan BPJS Kesehatan Kota Padang yang telah memfasilitasi selama proses penelitian.

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 Volume 4 Nomor 2 halaman 130

BPJS Kesehatan. 2018. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*.

BPJS Kesehatan. 2014. *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*. Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA CBG's)*

Ningtyas, N. K., Sugiarsi, S., & Wariyanti, A. S. 2019. *Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*.

Nurdiyanti, P., Majid, R., & Rezal, F. 2017. *Studi Proses Pengklaiman Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017*. Jimkesmas Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat, 2(7), 1–14.)

Pardede, R. 2020. *Kelengkapan Resume Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Indonesia*. Jurnal Kesehatan Medika Saintika, 11(2), 300. <https://doi.org/10.30633/jkms.v11i2.787> .

Perjanjian Kerja Sama BPJS Kesehatan dan RSIA Mutiara Bunda Tahun 2021

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 *Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan.*

Sukawan, A., & Meilany, L. 2020. *Pengaruh Ketepatan Pengkodean Diagnosa dan Tindakan Medis pada Penyakit.* Jurnal Mitrasehat, 10(1), 112–120.

Tambunan, M, R. 2013. *Pedoman Penyusunan Standar Operating Procedures*

Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 *Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*
Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 *Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*