

ANALISIS PENYEBAB PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM PASIEN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN PADA LAYANAN RAWAT JALAN TINGKAT LANJUT (RJTL) DI RUMAH SAKIT PARU DR. M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO TAHUN 2019

Siti Aminah¹, Siti Khodijah Parinduri², Eny Dwimawati³

¹Konsentrasi Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Studi kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ibn Khaldun Bogor

Email : aminah11aam@gmail.com

^{2,3}Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ibn Khaldun Bogor.

Abstrak

Pada tahun 2018 dan 2019 terdapat berkas klaim pasien rawat jalan yang dikembalikan oleh BPJS kesehatan kepada Rumah Sakit Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo yaitu sebanyak 892 berkas klaim pada tahun 2018 sedangkan pada tahun 2019 sebanyak 417 berkas klaim pasien yang dikembalikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim pasien BPJS kesehatan rawat jalan dengan menggunakan kualitatif deskriptif dengan pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen/data. Populasi penelitian ini adalah 9 orang petugas klaim pasien BPJS kesehatan dipilih secara *non probability sampling* melalui *purposive sampling* dengan sampel adalah 5 orang petugas klaim pasien BPJS kesehatan rawat jalan. Hasil penelitian menunjukkan berkas klaim pasien dikembalikan karena salah entri tarif kelas rumah sakit, satu episode dengan rawat inap, diagnosa sekudner tidak dientri, tidak adanya laporan penunjang, kunjungan berulang dan ketidaklengkapan persyaratan administrasi pasien yang disebabkan karena *human error* petugas, penulisan diagnosa yang tidak terbaca, rumah sakit sebagai unit pelayanan tidak bisa menolak pasien, tidak adanya aplikasi yang berfungsi untuk memisahkan berkas klaim dengan satu episode rawat inap dan adanya perbedaan antara rumah sakit dengan verifikator BPJS kesehatan terkait pengelompokkan tarif kelas rumah sakit. Saran membuat SOP penulisan diagnosa dokter, menyamakan pengelompokkan tarif kelas rumah sakit antara rumah sakit dengan verifikator BPJS.

Kata kunci : Berkas klaim, BPJS kesehatan, rawat jalan.

PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan yang bertujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Permenkes No. 71, 2013). Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, maka BPJS kesehatan bekerja sama dengan rumah sakit. Rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS kesehatan berhak menerima pembayaran klaim atas jasa pelayanan yang telah dikeluarkan dengan mengirimkan berkas klaim kepada BPJS kesehatan.

Rumah Sakit Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo telah mengirimkan berkas klaim pasien pada layanan rawat jalan ke BPJS kesehatan sebanyak 6.895 berkas klaim pasien pada tahun 2019.

Akan tetapi, pada berkas klaim pasien yang dikirim oleh rumah sakit terdapat berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS kesehatan dengan jumlah total berkas klaim pasien BPJS kesehatan yang dikembalikan pada tahun 2019 sebanyak 417 berkas klaim. Pengembalian berkas klaim menyebabkan pembayaran klaim ke rumah sakit tidak sesuai dengan biaya yang diajukan kepada BPJS kesehatan sehingga akan menimbulkan kerugian pada rumah sakit (Laporan Proses Verifikasi Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Tahun 2019).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo pada bulan April 2019. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah petugas klaim pasien BPJS kesehatan dengan jumlah 9 orang dengan menggunakan teknik purposiv sampling dengan jumlah sampel 5 orang terdiri dari 2 orang petugas pendaftaran, petugas koding, petugas entri/grouping klaim dan kepala instalasi administrasi pasien. Pengumpulan data dengan menggunakan data primer dengan melalui wawancara mendalam dan observasi dan data sekunder melalui telaah data/dokumen.

HASIL PENELITIAN PERSYARATAN BERKAS KLAIM

Berdasarkan hasil wawancara bahwa berkas persyaratan yang dibawa oleh pasien ke tempat pendaftaran BPJS kesehatan adalah fotocopy kartu BPJS, fotocopy KTP dan surat rujukan. Berikut hasil wawancara:

“Kartu BPJSnya, fotocopy KTP, surat rujukan” (Informan 1)

“Surat rujukan eee KTP, BPJS itu.....”

(Informan 2)

“Eee surat rujukan dan eee fotocopy BPJSnya dan kelengkapan yang lainnya eee KTP”

(Informan 3)

“.....eee secara umum itu ada fotocopy kartu BPJS, KTP, surat rujukan” (Informan 4)

“Persyaratanya pertama ada kartu BPJS, yang kedua adalah eee rujukan, yang ketiga yang pendukungnya adalah eee kartu KTP....” (Informan 5)

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa berkas persyaratan klaim yang disediakan oleh petugas pendaftaran di tempat pendaftaran pasien BPJS kesehatan adalah SEP. Berikut hasil wawancara :

“Kan kita bikin SEP yaa SEP rawat jalan yang BPJS....” (Informan 1)

“Kalo di pendaftaran kita bikin surat jaminan pasien itu SEP” (Informan 2)

“Berkas yang disiapkan itu adalah jaminan surat jaminan SEP” (Informan 3)

“Eee itu yah surat jaminan yang disebut dengan SEP” (Informan 4)

“Oh berkas yang dibuat oleh petugas pendaftaran itu adalah SEP Surat Elegibilitas Pasien” (Informan 5)

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa berkas persyaratan klaim yang disediakan oleh petugas di instalasi administrasi pasien adalah *billing* dan berkas *individual* klaim pasien. Berikut hasil wawancara :

“...jadi yang disiapkan di instalasi administrasi pasien itu adalah billing atau rincian biaya yah dan hasil grouping tadi” (Informan 4)

“Yaa itu yang tadi billing sama berkas yang itu e-claim tadi yang udah dicetak....” (Informan 5)

Proses Klaim Pasien BPJS Kesehatan Pada Layanan Rawat Jalan Pelayanan Administrasi

Berdasarkan hasil wawancara bahwa proses pelayanan administrasi pasien di tempat pendaftaran pasien BPJS kesehatan diantaranya adalah pasien mengambil nomor antrian kemudian petugas memanggil nomor antrian pasien, pengecekan kelengkapan pasien, penginputan data untuk pencetakan SEP dan legalisasi oleh petugas kasir. Berikut hasil dari wawancara :

“Prosesnya pasien mengambil nomor antrian trus itu di sana verifikasi dilihat kelengkapannya, rujukannya, lengkap apa tidak masih berlaku apa tidak eee trus eesesuai dengan poli yang dituju apa tidak kaya gitu kemudian entri data lalu memasukkan eee apa bikin jaminan yang BPJS...” (Informan 1)

“Pertama biasa yah kalo pasiennya biasa ngambil nomor antrian setelah ngambil nomor antrian ntrakan kita panggil nomor antriannya trus kita cek kelengkapan itu pasiennya udah lengkap apa belum, rujukan yang masih berlaku, fotocopy KTP, fotocopy BPJS udah gitu udah dicek lengkap kita buatkan SEPnya atau jaminannya setelah dibuat jaminan tinggal ke kasir dicap....” (Informan 2)

Berdasarkan hasil wawancara bahwa pencetakan SEP dengan menggunakan *software* yang disebut *v-claim* dengan menginput nomor rujukan atau SEP dari rumah sakit yang merujuknya dan status kecelakaan untuk pasien yang baru pertama kali menggunakan surat rujukan tersebut. Sedangkan untuk pasien yang menggunakan surat rujukan lebih dari satu kali atau pasca rawat, yang diinput diantaranya adalah poliklinik yang dituju, nomor SKDP, nomor rekam medis, dokter yang akan menanganinya, status kecelakaan dan diagnosa. Berikut hasil wawancara :

“SEP itu formatnya udah ada dari BPJSnya kalo dia udah pasca rawat yah msaukin polinya poli apa, dokter yang akan menanganinya, diagnosanya apa, kecelakaan apa bukan, pake rujukan yang apa. Kalo seandainya pake rujukan dari RSUD atau dokter siapa itu kita tinggal masukin nomor SEP lalu kita print SEPnya nomor SEPnya itu nomor dari rumah sakit yang merujuknya” (Informan 1)

“Kalo SEP itu udah ada formatnya dari BPJS namanya v-claim.....kalo rujukan itu rata-rata

kalo kita masukin nomor rujukan dia udah otomatis semuanya....jadi kita tinggal print aja kita cuma isi statusnya aja di status kecelakaan. Kalo pasien untuk yang kedua kalinya datang kesini atau seterusnya ada nih kolom-kolomnya yang harus diisi kaya gini polikliniknya kosong kita isi sesuai dengan tujuan pasiennya, nomor control/SKDP trus dokternya dokter yang ditujunya apa, nomor rekam medik sama diagnosa sama ini status kecelakaan” (Informan 2)

Proses Koding

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa proses koding dilakukan dimulai dari memberikan kode pada diagnosa yang telah dituliskan oleh dokter, menginput kode tersebut ke aplikasi dengan memasukkan nomor rekam medik dan kode diagnosis tersebut, kemudian dibridging dengan memasukkan nomor SEP pasien kemudian menekan menu bridging dan proses akhirnya adalah menekan menu grouping. Berikut hasil wawancara:

“Koding mah saya cuma ngeliat dari diagnosa aja terus saya koding atau dikasih kode, koding itu memang udah klasifikasi yah jadi udah ketentuan dari sananya trus kita input kodenya ke aplikasi trus kita bridging dan kita grouping” (Informan 1)

“Jadi SEP tuh dari poliklinik kembali ke pendaftaran yah setelah kembali kita rapihkan SEP itu itu kita rapihkan yang disebut proses assembling namanya setelah itu baru dilakukan pengkodingan pemberian kode pada diagnosis sesuai dengan diagnosa yang diberikan atau yang ditulis oleh dokter setelah dikode baru diinput dimasukkan nomor rekam mediknya kemudian masukin kode diagnosanya sesuai dengan yang tadi kita kode di SEP kemudian dibridging kita masukin dulu nomor SEPnya udah gitu baru kita kirim bridging ke ini yah ke e-claim kemudian kalo yang kasus paru kita klik rajal A trus digrouper sekalian ke grouping A kalo yang kasus non paru kita klik rajal B trus kita grouping ke rajal B udah selesai prosesnya” (Informan 3)

Berdasarkan hasil wawancara bahwa pemberian kode pada diagnosis dilakukan dengan menggunakan ketentuan dari ICD 10 dan ICD 9-CM. Berikut hasil wawancara:

“Ada ketentuannya dari sananya dari ICD 10” (Informan 1)

“...Karna kita rumah sakit paru jadi untuk aplikasi INA CBG’snya kita untuk pengklaimannya diarahkan ke tipe A gitu yah, tapi kalo kasus umum penyakit dalam, bedah, kebidanan, anak yang non paru kemudian apa kulit itu nanti ke B seperti itu dan koding ini kita mengacu pada ICD 10 dan ICD 9” (Informan 3)

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa berkas yang digunakan untuk proses koding adalah SEP yang telah terisi diagnosa dokter. Berikut hasil wawancara:

“Kalo koding mah emang iyaa dari SEP nanti kan dari dokter tuh ada diagnosa itu yang dikoding sesuai dengan diagnosa yang dikasih sama dokter” (Informan 1)

“Kalau pengkodingan sudah pasti ada diagnosa dokter yah....dokter harus mencantumkan eee diagnosa penyakit kalo perlu memang kalo ada tindakan termasuk tindakannya dokter mengisi di SEP....” (Informan 3)

Proses Entri/Grouping Klaim

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa proses entri/grouping klaim pasien BPJS kesehatan rawat jalan yaitu dengan mengkroscek data yang telah diinput oleh petugas rekam medik dan mengentri tarif pelayanan pasien yang kemudian digrouping hingga final. Berikut hasil wawancara :

"...Kita buka aplikasi e-claim dengan memasukkan nomor SEP pasiennya trus kita pilih tanggal yang akan kita entri/grouping kemudian kita kroscek data yang sudah dientri oleh petugas rekam medik....kita disini masukan tarif- tarifnya setelah itu kita grouping kan kita klik grouping untuk mengetahui biaya dari kode diagnosisnya yang udah ada di e-claim jadi diagnosa yang sudah diinput jadi keluarnya tarif dari grouping itu trus kita final kita kirim dan kita print hasil yang udah digrouping tadi" (Informan 4)

".....kita buka aplikasi e-claim karna SIMRS udah membridging ke e-claim jadi kita hanya eee apa namanya menyesuaikan aja dari SIMRS....trus kalo tarifnya masih kosong kita msukin tarifnya trus kita grouping dan kita final untuk bisa kita kirim..." (Informan 5)

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwaketentuan dalam melakukan entri/grouping klaim dengan menggunakan aplikasi e-claim hanya dengan mengentri tarif. Berikut hasil wawancara :

"Ketentuan entri/grouping itu kan eee ketentuannya baku yah jelas karna emang formatnya ini kan format dari BPJS ketetuannya sudah ditetapkan kemudian kita panggil nomor SEP nah ketentuannya cuma gini aja kan kita kroscek nama, nomor rekam medik dan lainnya trus tarifnya kalo ada yang kosong kita isi sesuai dengan yang di billing" (Informan 4)

"Ketentuannya itu kita ngikutin dari aplikasi namanya e-claim kita hanya mengentri tarif-tarifnya aja karna data yang di e-claim itu udah terbridging dengan SIMRS jadi data yang dientri di SIMRS itu akan muncul di e-claim" (Informan 5)

Berdasarkan hasil wawancara bahwa berkas yang digunakan dalam proses entri/grouping klaim adalah berkas SEP dan rincian biaya/billing. Berikut hasil wawancara :

"Eee yang digunakan untuk entri/grouping itu adalah berkas SEPnya karna kita membuka aplikasinya itu dengan memasukkan nomor SEP dan untuk mengkroscek data di e-claim dengan data yang di SEP kemudian billing/rincian biaya yang sudah kita print itu untuk memasukkan tarif ke e- claim yang ada di biliing" (Informan 4)

"Berkas yang digunakan itu adalah eee SEP sama billingnya kalo SEP itu untuk membuka e-claim pasien dan billingnya itu untuk memasukkan tarif atau biaya di e-claim tersebut" (Informan 5)

Output Klaim Pasien BPJS Kesehatan Pada Layanan Rawat Jalan Gambaran Berkas Klaim Pasien Yang Dikembalikan

Berdasarkan hasil wawancara bahwa berkas klaim yang dikembalikan ke rumah sakit karena adanya ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan pada berks klaim pasien di mana ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan diantaranya adalah salah entri tarif kelas rumah sakit, tidak adanya laporan penunjang dan kunjungan berulang. Berikut hasil wawancaranya :

“Setau saya berkas klaim yang dikembaliin itu biasanya karna ada salah atau ada yang engga sesuai kaya kesalahan grouping atau salah tariff kelas rumah sakit” (Informan 1)

“.....Paling banyak dikembalikan itu yang harusnya masuk ke tarif kelas tipe A tapi ketagihkannya ke B seperti itu jadi adanya salah tarif kelas rumah sakit”

(Informan 4)

“Berkas klaim yang dikembalikan dari BPJS itu karna menurut BPJS ada yang tidak sesuai. Yang pertama untuk di rawat jalan kebanyakan untuk dibulan januari itu adalah masalah kunjungan berulang ada di nomor urut pertama, di urut kedua itu adalah masalah salah memasukkan tarif kelas rumah sakit” (Informan 5)

Analisis Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kesalahan Entri Tarif Kelas Rumah Sakit

Berdasarkan hasil wawancara bahwa salah entri tarif kelas rumah sakit diantaranya disebabkan karena human error petugas entri, tidak jelasnya tulisan diagnosa dokter dan perbedaan pengelompokkan kasus antara BPJS dengan rumah sakit. Berikut hasil wawancara:

“...Salah tarif itu mah karna human error karna cepet-cepet ngerjainnya karna kita kita disini juga ngekoding ngebridging kaya gitu. Trus ada lagi eee kan diagnosanya paru eee karna dia poli paru tapi ternyata dari BPJSnya itu harusnya masuknya ke B kaya paratipus TB itu diagnosanya kan diagnosa paru tapi ternyata dari BPJSnya dia masuknya ke B bukan ke A” (Informan 1)

“.....Karna diagnosisnya paru dan polinya itu poli paru seperti A18.0 itu sebetulnya dia tuh udah eee apa mengarah ke paru seperti ada kelenjar nah ternyata setelah kita tagihkan ke BPJS itu masuknya ke B jadilah dikembalikan berkasnya padahal dia udah diobatin dengan obat paru dan polinya pun pali paru” (Informan 4)

“...Nah penyebab dari salah entri tarif kelas rumah sakit itu adalah dari bridging bridgingnya itu dari SIMRS yang diisi oleh rekam medis soalnya kalo administrasi pasien itu ngikutin alur yang ada di SIMRSnya. Karna banyaknya berkas yang harus dibridging...jadi salah ngeklik bridging” (Informan 5)

Indikasi Kunjungan Berulang

Berdasarkan hasil wawancara bahwa indikasi kujungan berulang disebabkan karena pasien yang masuk ke IGD lebih dari satu kali dalam satu bulan di mana rumah sakit sebagai pelayanan tidak bisa menolak pasien yang masuk ke IGD. Berikut hasil waancara :

“Pasien eee dalam keadaan sakit seperti itu masa engga diterima kan udah jelas-jelas sipasiennya sakit kalo ada apa-apa nanti kan rumah sakit yang dituntut jadi yaa meskipun engga boleh ada kunjungan berulang tapi kalo sipasiennya dateng ke rumah sakit yaa harus kita layani kita engga bisa nolak pasien” (Informan 1)

“Jadi kunjungan berulang itu jadi sebetulnya psiennya pada hari ini berobat yah masuk ke IGD terus besoknya berobat lagi ke IGD lagi....kalo pasien masuk IGD....konsekuensinya ya kita sebagai rumah sakit tidak memandang lagi itu BPJS atau jaminan karna kita harus menolong sebutnya engga boleh menolak pasien gitu ajasekalipun kalo poliklinik itu buka tapi pasiennya dateng ke IGD yaa kita harus segera tangani yaa balik ke yang tadi bahwa kita engga bisa nolak pasien....” (Informan 4)

“Kunjungan berulang itu adalah si pasien berkunjung atau masuk ke IGD lebih dari satu kali dalam satu bulan jadi ini kan kunjungan berulang itu kebanyakan dari IGD kalo dari IGD itu sebenarnya nerima pasiennya itu yang kegawat daruratan nah sedangkan si pasien sakitnya cuma panas diare trus besoknya ke sini lagi dengan kasus yang sama jadi yang kebanyakan yang dikembalikan lagi karena eee tidak kegawat daruratan dan kunjungan berulang itu diliat dari kondisi diagnosa yang tidak gawat darurat masuk ke IGD gitu. Sebenarnya sih dilemma juga buat rumah sakit soalnya kalo rumah sakit kan harus eee melayani dulu mau itu pasien BPJS atau bukan BPJS harus dilayani dulu sedangkan pas udah dilayani ternyata tidak kegawat daruratan jadi mau gimana lagi sedangkan udah dibuatkan SEP...” (Informan 5)

Tidak Adanya Laporan Pemeriksaan Penunjang

Berdasarkan hasil wawancara bahwa tidak adanya laporan hasil pemeriksaan penunjang disebabkan karena waktu tunggu hasil pemeriksaan penunjang yang cukup lama. Berikut hasil waancara:

“Jadi bukti penunjang itu untuk memperkuat bahwa ini benar-bener dilakukan tindakan, yaa kaya yang tadi si ibu bilang kalo dari BPJS itu pengen dilampirkan pendukungnya pengen dilampirkan trus emang karna laporan penunjang itu kan nunggu hasil leb dulu yah sedangkan keluar hasilnya itu lama sedangkan berkas ini harus dikasiin ke administrasi pasien untuk dientri” (Informan 1)

“Laporan pemeriksaan penunjang atau tindakan yah itu jadi dilampirkan hasil tindakannya utuk memperkuat bahwa sipasien benar-benar melakukan tindakan seperti itu. Engga terlampirkan itu yaa karna hasilnya itu kan dari leb yaa jadi kalo dilampirkan itu harus menunggu hasil lebnya dulu yang cukup lama kurang lebih 2 (dua) minggu sedangkan ini kan berkasnya harus segera kita klaim kita kirim ke BPJS kalo nunggu hasil penunjang yang ada berkas klaimnya engga bisa dibayarkan nantinya” (Informan 4)

“.....Dari BPJSnya itu minta hasil laporan pungsi sedangkan hasil laporan pungsi itu dari laboratorium jadi nunggu hasilnya nunggu hasilnya itu 2 (dua) minggu jadi kalo nunggu 2 (dua) minggu engga mungkin tapi sebenarnya bisa aja sih ditunggu tapi kalo nunggu 2 (dua) minggu itu udah lewat bulan berjalan” (Informan 5)

PEMBAHASAN

Persyaratan Berkas Klaim

Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 tahun 2018 mengatakn bahwa persyaratan kelengkapan berkas klaim pada berkas persyaratan klaim di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut khususnya pada layanan rawat jalan untuk pengajuan klaim diantaranya adalah Surat Elegibilitas Pasien (SEP), luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan, bukti pelayanan dan hasil pemeriksaan penunjang apabila dilakukan Persyaratan berkas klaim pasien yang digunakan untuk pengajuan klaim dalam mendapatkan pembayaran klaim pasien terdiri dari persyaratan administrasi pasien dan persyaratan berkas klaim yang dilengkapi oleh rumah sakit. kelengkapan persyaratan berkas klaim dari persyaratan administrasi yang dibawa oleh pasien diantaranya adalah terdiri dari fotocopy kartu BPJS, surat rujukan dan fotocopy KTP.

Sedangkan persyaratan berkas klaim yang dilengkapi oleh rumah sakit adalah SEP, billing/rincian biaya yang akan ditagihkan dan berkas klaim individual pasien.

Proses Klaim Pasien BPJS Kesehatan Pada Layanan Rawat Jalan Pelayanan Administrasi

Proses pelayanan administrasi pasien di tempat pendaftaran pasien BPJS kesehatan rawat jalan yaitu dimulai dari pasien mengambil nomor antrian, pemanggilan nomor antrian, pengecekan kelengkapan administrasi pasien, penginputan data untuk SEP hingga validasi SEP oleh petugas. Dalam pelayanan administrasi pasien, petugas mencetakkan SEP dengan menggunakan software yang disebut dengan v-claim. Dalam software tersebut petugas hanya memasukkan nomor rujukan atau nomor SEP yang ada di surat rujukan pasien dan status kecelakaan apabila pasien melakukan pengobatan dengan menggunakan surat rujukan yang baru atau pertama kali dipakai berobat hal ini karena data pasien seperti poliklinik yang dituju, nomor SKDP, nomor rekam medis, dokter yang akan menanganinya dan diagnosa telah terisi oleh fasilitas kesehatan yang merujuknya. Sedangkan pasien yang menggunakan surat rujukan yang dipakai lebih dari satu kali maka petugas harus menginput beberapa kolom yang kosong yaitu poliklinik yang dituju oleh pasien, nomor SKDP, nomor rekam medis, dokter yang akan menanganinya, diagnosa pasien dan status kecelakaan.

Berdasarkan buku panduan praktis pelayanan kesehatan BPJS kesehatan (2004) bahwa pelayanan administrasi pasien rawat jalan meliputi peserta datang dengan membawa persyaratan, pengecekan keabsahan persyaratan oleh petugas, menginput data ke dalam aplikasi SEP dan mencetak SEP kemudian petugas melakukan legalisasi SEP.

Proses Koding

Proses koding dimulai dari merapihkan berkas klaim yang dikirim oleh petugas poliklinik, kemudian pemberian kode pada diagnosis yang telah diberikan oleh dokter di mana dalam pemberian kode diagnosa petugas menggunakan ketentuan ICD 10 dan ICD 9-CM hal ini terdapat dalam Permenkes No. 27 tahun 2014 bahwa koding atau pengkodean ini dilakukan dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur.

Diagnosa yang telah dikode kemudian diinput ke aplikasi lalu dibridging dan sesuai dengan diagnosis dan kode diagnosis yang ada. Berkas yang digunakan untuk melakukan pengkodean adalah berkas SEP yang telah terisi diagnosa dokter. Berdasarkan Permenkes No. 76 tahun 2016 bahwa dokter bertugas dan bertanggung jawab menegakkan dan menuliskan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan/prosedur yang telah dilaksanakan.

Proses Entri/Grouping Klaim Pasien

Proses entri/grouping klaim pasien menggunakan berkas. Proses entri/grouping klaim dilakukan dengan membuka aplikasi dengan memasukkan nomor SEP yang ada di berkas SEP, kemudian petugas melakukan kroscek pada data di aplikasi INA CBG's dan petugas memasukkan tarif sesuai dengan tarif yang ada dibilling kemudian digrouping dan difinal.

Berdasarkan Permenkes No. 27 tahun 2014 bahwa alur entri/grouping klaim data di software INA CBG's yaitu melakukan pengentrian data pasien yang terdiri dari diagnosis,

prosedur beserta dengan kode- kodenya dan data identitas pasien yang merupakan data dari rekam medis dan kemudian data tersebut digrouping di aplikasi INA CBG's.

Output Klaim Pasien BPJS Kesehatan Pada Layanan Rawat Jalan Gambaran Berkas Klaim Pasien Yang Dikembalikan

Berkas klaim yang dikembalikan karena adanya ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan pada berkas klaim pasien yang diajukan oleh rumah sakit di mana hal ini terdapat Peraturan BPJS No. 7, 2018 bahwa berkas klaim pasien yang diajukan oleh rumah sakit ke BPJS kesehatan apabila ada ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan pada berkas klaim maka akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki (Peraturan BPJS No. 7, 2018).

Pengembalian berkas klaim pasien BPJS kesehatan pada layanan rawat jalan menunjukkan bahwa berkas klaim pasien yang dikembalikan disebabkan karena kesalahan entri tarif kelas rumah sakit, diagnosa sekunder tidak terentri, kelengkapan persyaratan administrasi, kelengkapan laporan hasil pemeriksaan penunjang, indikasi kunjungan berulang dan satu episode dengan rawat inap.

Analisis Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kesalahan Entri Tarif Kelas Rumah Sakit

Salah entri tarif kelas rumah sakit disebabkan karena terjadinya human error pada petugas entri di mana jumlah berkas klaim yang banyak yang harus dientri oleh petugas selain itu dikarenakan berkas yang masuk ke petugas entri dalam waktu yang lama sehingga petugas mengentri dengan cepat dikarenakan berkas tersebut harus sampai ke instalasi administrasi pasien. Selain itu, tidak jelasnya penulisan diagnosa dokter sehingga diagnosis yang dikode tidak akurat dan memiliki risiko untuk kesalahan dalam entri tarif kelas rumah sakit. Menurut Feriawati dan Kusuma (2015) mengatakan bahwa tulisan dokter yang sulit untuk dibaca, akan berpengaruh kepada keakuratan kode sehingga apakah diagnosis yang dimasukkan kedalam aplikasi sesuai dengan diagnosis yang diberikan oleh dokter apa tidak.

Indikasi Kunjungan Berulang

Indikasi kunjungan berulang disebabkan karena rumah sakit sebagai institusi pelayanan tidak bisa menolak pasien dan harus memberikan pelayanan kepada pasien. Hal ini terdapat dalam UU nomor 44 tahun 2009 bahwa rumah sakit rumah sakit bertugas untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada orang yang mencari pelayanan kesehatan sesuai dengan kewajiban rumah sakit bahwa rumah sakit berkewajiban untuk memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien.

Tidak Adanya Laporan Pemeriksaan Penunjang

Tidak terlampirkannya laporan hasil pemeriksaan penunjang disebabkan karena waktu tunggu hasil pemeriksaan penunjang sedangkan berkas klaim pasien harus segera diklaimkan, selain itu permintaan dari BPJS untuk melampirkan hasil pemeriksaan penunjang padahal dalam berkas tersebut sudah dilampirkan bukti tindakannya.

Menurut Aprilianty (2018) mengatakan bahwa hasil pemeriksaan pelayanan penunjang

yang tidak disertakan menyebabkan verifikasi BPJS mengembalikan berkas klaim untuk dilengkapi atau direvisi oleh rumah sakit karena tidak adanya hasil pemeriksaan pelayanan penunjang tidak dapat menunjang diagnosis dokter yang diberikan (Aprilianty, 2018).

KESIMPULAN

1. Persyaratan berkas klaim pasien yang digunakan untuk pengajuan klaim terdiri dari persyaratan yang dibawa oleh pasien, berkas yang disiapkan oleh pendaftaran pasien BPJS kesehatan dan berkas klaim yang disiapkan oleh instalasi administrasi pasien.
2. Proses klaim pasien BPJS kesehatan rawat jalan terdiri dari pelayanan administrasi, proses coding dan proses entri/grouping klaim pasien.
3. Berkas klaim pasien BPJS kesehatan rawat jalan yang dikembalikan karena adanya ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan pada berkas klaim diantaranya terdiri dari salah entri tarif kelas rumah sakit, tidak adanya laporan penunjang dan kunjungan berulang.
4. Salah entri tarif kelas rumah sakit diantaranya disebabkan karena human error, pengelompokan tarif yang berbeda antara BPJS dengan rumah sakit dan diagnosa dokter yang tidak terbaca.
5. Indikasi kunjungan berulang disebabkan karena pasien yang masuk ke IGD lebih dari 1 (satu) kali di mana meskipun dikatakan kunjungan berulang, rumah sakit sebagai unit pelayanan tidak bisa menolak pasien yang datang ke IGD.
6. Ketidakkelengkapan laporan hasil pemeriksaan penunjang disebabkan karena waktu tunggu hasil laporan penunjang yang cukup lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilianty, Evelin. (2018). Analisis pengelolaan berkas klaim pasien rawat inap bpjs kesehatan di rsud tanah abang tahun 2018. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Depok.
- Ayuningtyas, Dumilah, Misnaniarti Misnaniarti, Siti Khodijah Parinduri, Fitria Aryani Susanti, Ni Nyoman Dwi Sutrisnawati, and Sayyidatul Munawaroh. "Local Initiatives In Preventing Coronavirus Based On Health Policy Perceptive." *Journal of Indonesian Health Policy and Administration* 5, no. 2 (2020).
- Ayuningtyas,D., Parinduri,S. K.dan Susanti, F. A. 2018. Integritas Kepemimpinan Antikorupsi di Sektor Kesehatan.*Jurnal Integritas* 4(1): 5.
- Asnifatima A, Parinduri SK, Aligori A. (2020). Risiko dan Karakteristik Penderita Toksoplasmosis berdasarkan Demografi, Keberadaan Hewan Peliharaan, Hygiene dan Sanitasi. *Heart, Jurnal Kesehatan Masyarakat*,8(X), 41-49.
- A Nasution, A Maulana, D Kurniawan. (2019). BERSAMA MEMAJUKAN DESA. *Abdi Dosen: Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat* 3 (2), 99-104
- B. Rizki, D. Fitriana, R. Hidana, S.K. Parinduri, Analisis Penerapan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (Simpus) dengan Model Human Organization Technology (HOT)-Fit di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor Tahun 2019 *Pendahuluan Metode, PROMOTOR: Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat* 3(1) (2020) 18–27.
- Dwimawati, E., Yanuaringsih, G.P., Pangaribuan, R., ...Gurning, F.P., Pratama, M.Y. (2021). Smoke exposure at home to the incidence of pneumonia in children under 5 years old.

Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology [this link is disabled](#), 2021, 15(1), pp. 1872–1878

- Dwimawati, E., & Anisa, N. (2018). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di SMK YAK 1 bogor kecamatan tanah sareal kota Bogor provinsi Jawa Barat tahun 2018. *PROMOTOR*, 1(2), 80-86.
- D.N. Afiyani, E. Dwimawati, S. Pujiati. (2020). Gambaran Status Gizi Berdasarkan Antropometri Pada Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Ibn Khaldun Bogor. *PROMOTOR* 3 (1), 50-55.
- E. Dwimawati, F. Beliansyah, S.A. Zulfa. (2019). Pemberdayaan Masyarakat Melalui Pemanfaatan Teknologi Dalam Rangka Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia Di Desa Gunung Menyan. *Abdi Dosen: Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat* 3 (1). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2007). 377/Menkes/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan. Jakarta
- Feriawati, Puri dan Kusuma, Agus Perry. (2015). Faktor - Faktor Keterlambatan Pengeklaiman BPJS Di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang.
- Fitrianingtyas, Pertiwi, dan Rachmania, W. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Puskesmas Warung Jambu Kota Bogor. *HEARTY Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2018;6(2):1-8.
- N. Oktaviani, I. Avianty, and E. D. Mawati, "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Pria Di Universitas Pakuan Bogor Provinsi Jawa Barat Tahun 2018," *Promotor*, vol. 2, no. 1, p. 44, 2019, doi: 10.32832/pro.v2i1.1788.
- Novitasari, Y., Mawati, E. D., & Rachmania, W. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pemberian Asi Eksklusif Di Puskesmas Tegal Gundil Kota Bogor Jawa Barat Tahun 2018. *PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(4), 324-333. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32832/pro.v2i4.2246>.
- P. S. Akbar, S. K. Parinduri, and R. Hidana, "Gambaran Pelaksanaan Surveilans Epidemiologi Di Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Kabupaten Bogor Tahun 2018," *PROMOTOR*, vol. 2, no. 5, pp. 410–421, 2019.
- Pertiwi, F. D., Hariansyah, M., & Prasetya, E. P. (2019). FAKTOR RISIKO STUNTING PADA BALITA DIKELURAHAN MULYAHARJA TAHUN 2019. *PROMOTOR*, 2(5). <https://doi.org/10.32832/pro.v2i5.2531>
- Pertiwi, F. D., Rahman, R. M., & Lestari, D. W. (2018). Pemberdayaan masyarakat melalui bidang literasi di Desawaru Jaya. *Jurnal ABDI DOSEN: Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 2(2), 129-137. <https://doi.org/10.32832/abdidos.v2i2.170>
- Sari MM, Nurkamila N, Mawati ED. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Ibu Hamil dalam Melakukan Pemeriksaan Kehamilan di Puskesmas Cibungbulang Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat Tahun 2018. *Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat* [Internet]. 2018;1(2):96–103. Available from: <http://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/PROMOTOR/article/view/1595>