



ANALISIS BERKAS PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN PELAYANAN RAWAT JALAN DI RS X BATAM

ANALYSIS OF PENDING BPJS HEALTH CLAIM FILES OUTPATIENT SERVICES AT X HOSPITAL BATAM

Riza Suci Ernaman Putri*¹, Widya Putri², Nimas Esya Bayazid³

^{1,2,3}Universitas Awal Bros

(riza_suci@yahoo.com)

ABSTRAK

Pelayanan di rumah sakit yang mendukung program pemerintah dalam bidang kesehatan yaitu, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Ketepatan pengiriman berkas rekam medis merupakan salah satu upaya untuk mewujudkan ketepatan pengklaiman BPJS di unit rekam medis, namun karena masih banyaknya berkas rekam medis yang masih kosong dan ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap pada pelayanan rawat jalan maka berkas rekam medis dapat beresiko lamanya pengklaiman asuransi, sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran berkas klaim tertunda pasien rawat jalan BPJS Kesehatan di RS X. Metode penelitian kualitatif deskriptif menggunakan data primer adalah data dari hasil wawancara dan data sekunder dari telaah dokumen data klaim tertunda pasien BPJS Kesehatan. Dari hasil penelitian didapatkan total pengajuan pada bulan januari, februari, maret 2024 adalah 41.921 berkas BPJS Kesehatan, terdapat 41.776 dengan status layak klaim, 146 pending klaim, dan 0 dispute klaim. Kesimpulan : penyebab terjadinya pending klaim di RS X diantaranya masih adanya berkas yang diajukan belum memenuhi persyaratan klaim BPJS Kesehatan, yaitu berkas tidak lengkap, kesalahan dalam memasukkan kode diagnosis atau prosedur, serta kasus-kasus dalam menangani pasien BPJS Kesehatan masih kurang jelas.

Kata Kunci : Pembayaran ; Klaim, Kesehatan

ABSTRACT

Hospital services that support government programs in the health sector, namely the National Health Insurance (JKN) program organized by the Social Security Administering Agency (BPJS). Accuracy in sending medical record files is one of the efforts to realize the accuracy of BPJS claims in the medical record unit, but because there are still many empty medical record files and incomplete requirement files are found in outpatient services, medical record files can be at risk of lengthy insurance claims, which can be detrimental to the hospital because it slows down the claim payment process. The purpose of this study was to determine the description of pending claim files for BPJS Kesehatan outpatients at Hospital X. The descriptive qualitative research method uses primary data, namely data from interviews and secondary data from document reviews of pending claim data for BPJS Kesehatan patients. From the results of the study, the total submissions in January, February, March 2024 were 41,921 BPJS Kesehatan files, of which 41,776 were eligible for claims, 146 pending claims, and 0 disputed claims. Conclusion: The causes of pending claims at Hospital X include the fact that the submitted files do not meet the BPJS Health claim requirements, namely incomplete files, errors in entering diagnosis or procedure codes, and cases in handling BPJS Health patients that are still unclear.

Keywords: Payment; Claims, Health



PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah salah satu sub sistem pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi. Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medis, rehabilitasi medis dan pelayanan perawatan. (Muninjaya, 2011) Pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik yang sangat kompleks. Di era globalisasi, rumah sakit perlu mempersiapkan diri agar dapat bersaing. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) yang semakin pesat menyebabkan meningkatnya tuntutan masyarakat bagi rumah sakit untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang cepat dan profesional terhadap kebutuhan informasi medis. Rumah sakit wajib menjalankan rekam medis dengan baik. (Winarti, 2013)

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, seharusnya mengutamakan pelayanan yang berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan pasien rawat jalan, gawat darurat maupun rawat inap. Untuk meningkatkan pemakaian jasa, rumah sakit harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan harapan pelanggan yang dapat dilakukan melalui peningkatan kualitas kerja. Pelayanan yang bermutu bukan hanya pada pelayanan medis saja, tetapi juga pada pelayanan penunjang seperti penanganan rekam medis di rumah sakit yang menjadi salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit yang dapat diketahui melalui kelengkapan pengisian rekam medis. Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sangat tergantung dari tersedianya data dan informasi yang akurat, terpercaya dan penyajian yang tepat waktu. Upaya tersebut dapat dilaksanakan apabila faktor manusia dalam pengelolaan rekam medis dan informasi disiapkan secara seksama dan lebih profesional.

Dengan semakin meningkat pelayanan dengan menggunakan pelayanan jam kerja maka manajemen rumah sakit memberikan pemahaman secara mendalam tentang rekam medis kepada dokter dan tenaga kesehatan agar lebih bertanggungjawab dalam pengisian data

rekam medis. Rekam medis merupakan bukti tertulis tentang pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter atau dokter gigi yang berisi tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, bidan dan perawat sebagai tenaga medis juga memberikan pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk membuat dokumentasi dari tindakan asuhan keperawatan yang dilakukannya. Data dan informasi rekam medis tertentu harus lengkap dan dapat dibaca oleh yang berhak dari waktu ke waktu dan dari tempat ke tempat lain sebagai alat untuk komunikasi yang berkesinambungan. Rekam medis yang lengkap dan benar akan memudahkan informasi bagi pihak rumah sakit.

Keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, salah satunya adalah rumah sakit. Pelayanan di rumah sakit yang mendukung program pemerintah dalam bidang kesehatan yaitu, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS Kesehatan merupakan alternatif untuk membantu masyarakat dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. Masyarakat dapat menggunakan BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. (Roni Iryadi, 2020). Klaim jaminan kesehatan adalah suatu bentuk permintaan pembayarannya biaya pelayanan kesehatan yang diajukan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. (Kemenkes RI, 2021) Klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Asuransi adalah pertanggungan atau perjanjian antara dua belah pihak, di mana pihak satu berkewajiban membayar iuran/kontribusi/premi. Pihak yang lainnya memiliki kewajiban memberikan jaminan sepenuhnya kepada pembayar iuran/kontribusi/premi apabila terjadi sesuatu yang menimpa pihak pertama atau barang miliknya sesuai dengan perjanjian yang sudah dibuat.

Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Indonesia menggunakan sistem Casemix (Case Based Payment) yang telah diterapkan sejak



tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) (Far et al., 2022). Sistem casemix ini merupakan metode pengelompokan diagnosis dan prosedur berdasarkan kesamaan ciri klinis dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan. Pengelompokan ini dilakukan dengan menggunakan software khusus yang disebut grouper dengan sistem Casemix yang diterapkan di Indonesia dikenal dengan nama INA CBG's (Indonesia Case Based Group's). INA CBG's mengelompokkan diagnosis dan prosedur dengan tarif yang didasarkan pada rata-rata biaya perawatan untuk setiap kelompok diagnosis dan prosedur (Amalia, 2020). Klaim asuransi merupakan tuntutan dari pihak tertanggung sehubungan dengan adanya kontrak perjanjian antara asuransi dengan pihak tertanggung yang masing-masing pihak mengikatkan diri untuk menjamin pembayaran ganti rugi oleh penanggung jika pembayaran premi asuransi telah dilakukan oleh pihak tertanggung, ketika terjadi musibah yang diderita oleh pihak tertanggung. Klaim dikembalikan adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan dokumen klaim. Klaim dikembalikan adalah semua klaim yang sudah diajukan ke BPJS Kesehatan dan setelah diverifikasi oleh verifikator ada yang perlu dikonfirmasi lagi dan menyebabkan klaim yang diajukan tertunda (Agiwahyunto et al., 2021). Ketepatan pengiriman berkas rekam medis merupakan salah satu upaya untuk mewujudkan ketepatan pengklaiman BPJS di unit rekam medis, namun karna masih banyaknya berkas rekam medis yang masih kosong dan ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap pada

HASIL

pelayanan rawat jalan maka berkas rekam medis dapat beresiko lamanya pengklaiman asuransi, sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Karena pengajuan klaim yang pending dan tidak layak tersebut kemudian berdampak kerugian rumah sakit. Hal ini didukung dengan jurnal penelitian Anyaprita, Siregar, dkk (2020) yang mengatakan bahwa keterlambatan penerimaan pembayaran ini mempengaruhi kebijakan alokasi dan perencanaan anggaran rumah sakit. Berdasarkan uraian masalah diatas, maka peneliti mengambil judul “Analisis Berkas Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Jalan di RS X Batam”.

BAHAN DAN METODE

Metode dalam penelitian ini adalah kualitatif deskriptif. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, dan analisis dokumen. Pada tahap wawancara, penulis mencatat hasil wawancara yang telah dilakukan dengan mendokumentasikan berupa foto serta dokumentasi lainnya sebagai pendukung permasalahan. Setelah melakukan identifikasi masalah tahap selanjutnya penulis akan melakukan observasi untuk menganalisis masalah diantaranya yaitu proses klaim BPJS pada unit *Casemix* yang terhambat atau tertunda. Data yang diperlukan diantaranya syarat-syarat klaim, SOP klaim, alur klaim, dan data atau berkas penunjang klaim BPJS Kesehatan. Subjek pada penelitian ini adalah 3 responden.

Bulan	Total Pengajuan	Layak	Tidak Layak	Pending	Dispute
Januari	14.363	14.320	-	44	-
Februari	13.159	13.105	-	54	-
Maret	14.399	14.351	-	48	-
Jumlah	41.921	41.776	-	146	-

Sumber : Petugas Casemix RS X, 2024

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas, penyebab berkas pending klaim dikarenakan masih adanya berkas yang diajukan belum memenuhi persyaratan klaim BPJS Kesehatan, yaitu berkas tidak lengkap, kesalahan dalam memasukkan kode diagnosis atau prosedur, serta kasus-kasus dalam menangani pasien BPJS Kesehatan masih kurang jelas. Adapun alasan lain pengembalian berkas klaim pada rawat jalan disebabkan resume medis tidak ditandatangani oleh DPJP (Dokter Penanggungjawab Pasien), bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur tidak ditandatangani oleh DPJP (Dokter Penanggungjawab Pasien) dan tidak terlampir surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama, diagnosis tidak terbaca, tidak tepatnya pemberian kode diagnosis dan tindakan karena perbedaan persepsi antara koder dan dokter, tidak lengkapnya berkas klaim seperti hasil pemeriksaan penunjang pasien, Berdasarkan penelitian (Ulfa et al., 2017), menyatakan bahwa ketidaktepatan dalam coding diagnosis diakibatkan oleh koder yang kurang teliti kurang pengalaman, kurang mengetahui tentang bahasa terminologi medis maupun salah persepsi. Kompetensi petugas koder dalam kode diagnosis sangat penting dalam menentukan kode diagnosis yang tepat.

PEMBAHASAN

Pemberkas rawat jalan dan koder rawat jalan BPJS Kesehatan RS X dilakukan berdasarkan data klaim yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan yang sebelumnya telah diolah, ditemukan lima (9) kategori penyebab antara lain sebagai berikut:

1. Konsul pro toleransi operasi

Dampak : Penundaan dalam proses klaim karena kebutuhan untuk klarifikasi lebih lanjut terkait kebutuhan operasi dan persetujuan klaim.

Contoh : Klaim tertunda karena perlu konsultasi tambahan untuk

memastikan kebutuhan operasi benar-benar diperlukan.

2. Ketidak lengkapan berkas penunjang medis

Dampak : Penundaan klaim karena dokumen medis yang diperlukan tidak lengkap, memerlukan waktu tambahan untuk pengumpulan informasi.

Contoh : Klaim tertunda karena hasil tes atau laporan medis yang diperlukan belum lengkap atau tidak jelas.

3. Indikasi kontrol berulang

Dampak : Penundaan klaim karena perlu adanya pemeriksaan atau kontrol tambahan sebelum klaim dapat diproses.

Contoh : Klaim tertunda karena diperlukan pemeriksaan lanjutan untuk memastikan kebutuhan pengobatan atau tindakan

4. Ketidak lengkapan berkas fisik harian

Dampak : Penundaan klaim karena dokumen fisik harian tidak lengkap, memerlukan waktu tambahan untuk pengumpulan informasi.

Contoh : Klaim tertunda karena catatan harian perawatan atau pengobatan tidak lengkap atau tidak jelas.

5. Ketidaksesuaian koding

Dampak : Penundaan klaim karena perlu klarifikasi lebih lanjut terkait dengan kode medis yang digunakan dalam klaim.

Contoh : Klaim tertunda karena kode diagnosis atau prosedur medis tidak sesuai atau memerlukan verifikasi tambahan.

6. RJ lanjut RI (Setelah Rawat jalan lalu pasien masuk rawat inap)

Dampak : Penundaan klaim karena perlu klarifikasi lebih lanjut terkait dengan perpanjangan perawatan di rumah sakit.

- Contoh* : Klaim tertunda karena perlu konfirmasi lanjutan terkait perpanjangan masa perawatan di rumah sakit.
7. RJ 1 Episode
Dampak : Penundaan klaim karena perlu klarifikasi lebih lanjut terkait dengan episode perawatan yang spesifik.
Contoh : Klaim tertunda karena perlu verifikasi tambahan terkait dengan satu episode perawatan medis yang spesifik.
8. Indikasi kegawatdaruratan
Dampak : Penundaan klaim karena perlu klarifikasi lebih lanjut terkait dengan status kegawatdaruratan pasien.
Contoh : Klaim tertunda karena perlu konfirmasi lebih lanjut terkait dengan status kegawatdaruratan pasien saat perawatan medis.
9. Konfirmasi pemeriksaan penunjang/Tindakan
Dampak : Penundaan klaim karena perlu klarifikasi lebih lanjut terkait dengan hasil pemeriksaan penunjang atau tindakan medis yang diperlukan.
Contoh : Klaim tertunda karena perlu verifikasi hasil pemeriksaan penunjang atau persetujuan tindakan medis yang diperlukan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Terdapat sembilan kategori berkas penunjang penyebab ketertundaan pengklaiman, antara lain konsultasi pro toleransi operasi, ketidaklengkapan berkas penunjang medis, indikasi kontrol berulang, ketidaklengkapan berkas fisik harian, ketidaksesuaian koding, rawat jalan lanjut rawat inap, rawat jalan 1 episode, indikasi kegawatdaruratan, dan konfirmasi pemeriksaan penunjang/tindakan. Setiap kategori memiliki dampak yang berbeda-beda, seperti penundaan klaim karena kebutuhan untuk klarifikasi lebih lanjut terkait kebutuhan operasi dan persetujuan

klaim, penundaan klaim karena dokumen medis yang diperlukan tidak lengkap, penundaan klaim karena perlu klarifikasi lebih lanjut terkait dengan perpanjangan perawatan di rumah sakit, serta penundaan klaim karena kurangnya kelengkapan dokumen medis dan keakuratan kode diagnosis atau prosedur medis. Diharapkan dokter selalu memberikan dan menuliskan diagnosis secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat di rumah sakit agar pengelolaan administrasi klaim rekam medis pasien dapat lancar dengan benar. Pada bagian analisis kuantitatif rawat jalan, review autentifikasi harus diisi dengan lengkap seperti tanda tangan dan nama dokter/perawat/ petugas yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan sekaligus digunakan sebagai bukti pertanggung jawaban apabila suatu saat dibutuhkan sebagai bukti hukum dan juga memperhatikan kelengkapan identitas pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, F., Anjani, S., & Stacey, S. C. (2021). Tinjauan penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan instalasi rawat jalan kasus fisioterapi. *Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 9(3), 551–569.
- Amalia, R. (2020). Analisis Penerapan Indonesia Case Based Groups (INA-CBG'S) Dalam Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rumah Sakit Kabupaten Pelalawan. *PEKBIS*, 12(2).
- Far, I. O. F., Rahardjo, T. B. W., & Hutapea, F. (2022). Analisis Jabatan Tim Casemix Dalam Upaya Peningkatan Klaim BPJS Di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi Tahun 2019. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARS)*, 6(2), 211–227.
- Kemkes RI. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman INA-CBG's dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Jakarta; 2021. (Hal 10)*.
- Muninjaya, A. A. G. (2011). Manajemen mutu pelayanan kesehatan. *Jakarta: Egc*, 19.
- Roni Iryadi. (2020). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepuasan Pasien Peserta BPJS Terhadap Pelayanan



- Kesehatan. *Jurnal Cahaya Mandalika* ISSN 2721-4796 (Online), 1(2), 18–25. <https://doi.org/10.36312/jcm.v1i2.82>
- Ulfa, H. M., Octaria, H., & Sari, T. P. (2017). Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Penyakit Antara Rumah Sakit Dan BPJS Menggunakan ICD-10 Untuk Penagihan Klaim di Rumah Sakit Kelas C Sekota Pekanbaru Tahun 2016. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 5(2), 119–124.
- Winarti, S. S. (2013). Analisis kelengkapan pengisian dan pengembalian rekam medis rawat inap rumah sakit. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 1(4), 345–351.