



**Tinjauan Faktor Penyebab Dikembalikannya Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD
Raden Mattaher Jambi**

***Overview of the Causes of the Return of BPJS Claim Files for Inpatients at Raden Mattaher
Hospital Jambi***

Dwi Tania Putri*, Wiwik Viatiningsih, Deasy Rosmala Dewi, Noor Yulia

Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Esa
Unggul, Jakarta, Indonesia

*Penulis Korespondensi

Abstrak

Pendahuluan: Jaminan kesehatan nasional (JKN) dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat menunjuk BPJS kesehatan sebagai penyelenggara pembayaran program jaminan kesehatan. Dalam pelaksanaannya BPJS menggunakan metode pembayaran sistem pembiayaan prospektif INA-CBGs, rumah sakit mengajukan klaim atas layanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta JKN nantinya biaya pelayanan tersebut akan dibayar oleh BPJS Kesehatan. Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan melalui tahapan verifikasi yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. **Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah agar mengetahui faktor penyebab dikembalikannya berkas klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Raden Mattaher Jambi. **Metode:** Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif. Sampel adalah 110 berkas klaim. Pengumpulan data menggunakan observasi dan wawancara dengan instrumen daftar tilik dan pedoman wawancara. **Hasil:** Hasil penelitian menemukan RS belum memiliki SPO yang mengatur pelaksanaan klaim BPJS, faktor yang menyebabkan pengembalian klaim yaitu ketidaksesuaian SEP dengan data yang di upload 3,6% (4 klaim), ketidaklengkapan softfile yang di upload dengan persyaratan 3,6% (4 klaim), kesalahan penulisan tanggal masuk 2,7% (3 klaim), kesalahan nama tindakan di lembar laporan tindakan 1,9% (2 klaim), ketidaksesuaian kode diagnosa utama & prosedur 30% (33 klaim), ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder 18,2% (20 klaim), ketidaksesuaian kelas perawatan 12,7% (14 klaim), tidak ada hasil penunjang 20,9% (23 klaim), tidak tertulis riwayat penyakit 6,4% (7 klaim). **Kesimpulan:** RSUD Raden Mattaher Jambi belum memiliki SPO yang mengatur proses pelaksanaan klaim BPJS. Namun dalam pelaksanaan pengklaiman sudah menggunakan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS.

Kata Kunci: Pengembalian Klaim, Syarat Klaim, BPJS Kesehatan

Abstract

Background: The National Health Insurance (JKN) in the maintenance of public health appoints BPJS Kesehatan as the provider of payment for the health insurance program. In its implementation, BPJS uses the INA-CBGs prospective financing system payment method, hospitals submit claims for health services that have been provided to JKN participants, the cost of these services will be paid by BPJS Kesehatan. The BPJS Health claim submission process goes through the verification stages, namely verification of membership administration, verification of service administration and verification of health services. **Objective:** The purpose of this study was to find out the factors causing the return of BPJS claim files for inpatients at Raden Mattaher Jambi Hospital. **Methods:** The research method used is descriptive quantitative. The sample is 110 claim files. Collecting data using observation and interviews with a checklist instrument and interview guide. **Results:** The results of the study found that the hospital did not have an SPO that regulated the implementation of BPJS claims, the factors that caused claim returns were SEP incompatibility with uploaded data 3.6% (4 claims), incomplete softfile uploaded with 3.6% requirements (4 claims), error in writing date of entry 2.7% (3 claims), error in name of action in action report sheet 1.9% (2 claims), mismatch of primary diagnostic code & procedure 30% (33 claims), mismatch of secondary diagnostic code 18.2% (20 claims), treatment class discrepancy 12.7% (14 claims), no supporting results 20.9% (23 claims), no written history of disease 6.4% (7 claims). **Conclusion:** RSUD Raden Mattaher Jambi does not yet have an SPO that regulates the process of implementing BPJS claims. However, in the implementation of claims, it has used the Claim Verification Technical Instructions issued by BPJS.

Keywords: *Claim Return, Claim Terms, BPJS Health*

Alamat Korespondensi:

Dwi Tania Putri: Universitas Esa Unggul, JL. Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk, Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta. 082321272545. Email: tania20180306061@gmail.com

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat (1).

Upaya pemerintah dalam meningkatkan kesehatan masyarakat adalah dengan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (2).

BPJS kesehatan adalah badan hukum yang di bentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta BPJS adalah setiap orang yang telah membayar iuran dengan biaya sendiri (Non PBI) atau iuran yang dibayar oleh pemerintah (PBI). Pelaksanaan BPJS kesehatan dimulai sejak 01 januari 2014 di rumah sakit dan secara bertahap di rumah sakit swasta (3).

BPJS didirikan berdasarkan UU Nomor 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang mulai beroperasi pada tahun 2014 (4).

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Rekam medis yang bermutu salah satunya dapat dilihat dari kelengkapan isi rekam medis. Kelengkapan tersebut ditambahkan dengan autentikasi dari rekam medis seperti nama dokter yang merawat, tanda tangan dan tanggal pembuatan. Rekam medis yang lengkap adalah

rekam medis yang telah di isi oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah pelayanan rawat jalan atau rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesa, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, dan resume. Setiap pasien setelah diberikan pelayanan berupa perawatan wajib dibuatkan resume medis. Resume medis harus diisi dengan lengkap yang mana resume medis tersebut akan digunakan untuk administrasi persyaratan dalam klaim (5).

Menurut Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan tahun 2014, dalam verifikasi klaim terdapat beberapa tahapan.

Tahapan proses verifikasi klaim, yaitu:

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah kesesuaian berkas klaim, yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang telah diinput dalam aplikasi INA CBGs beserta berkas pendukung lainnya.

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah:

- a. Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan.
- b. Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas, maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
- c. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan direktur rumah sakit secara tertulis.

3. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Beberapa ketentuan yang harus diperhatikan adalah:

1. Tahap ini verifikator wajib memastikan bahwa diagnosis dan prosedur pada tagihan sesuai dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM.
2. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dengan pemeriksaan penunjang

- (sesuai indikasi medis) dan pemberian obat yang dilakukan pada hari pelayanan yang sama. Jika pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama, maka tidak dihitung sebagai episode baru.
3. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari, dan pelayanan bedah sehari termasuk dalam pelayanan rawat jalan.
 4. Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan terhadap pasien yang mendapatkan perawatan lebih dari 6 (enam) jam di rumah sakit. Dapat dikatakan pula jika pasien telah mendapatkan pelayanan rawat inap berupa bangsal, ruang rawat inap, atau ruang perawatan intensif walaupun kurang dari 6 (enam) jam, akan tetapi pasien tersebut sudah terhitung sebagai pasien rawat inap.
 5. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai tindak lanjut dari rawat jalan atau gawat darurat, maka termasuk kedalam satu episode rawat inap dan pelayanan sebelumnya dari rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalam satu episode rawat inap tersebut.
 6. Untuk kasus-kasus spesial, misalnya CMG's, harus dilihat bukti-bukti pendukungnya.
 7. Pada bayi baru lahir, ia tidak memiliki kode diagnosis penyakit hanya diberikan kode bahwa ia hidup di lokasi persalinan, tunggal, atau multipel.
 8. Pasien kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti sebelumnya, maka digunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan diagnosis sekunder untuk kondisi penyakitnya.
 9. Jika ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang mempunyai keterikatan, maka dapat menggunakan satu kode dalam ICD 10.
 10. Diagnosis yang seharusnya dikode menjadi satu, namun dilakukan kode terpisah (6).

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ni Wayan Arikusnadi, Sudirman dan Abdul Kadri pada tahun 2020 di Rumah sakit Bhayangkara Palu mendapatkan hasil bahwa masih ditemukan sebanyak 138 berkas yang dikembalikan. Dengan alasan pengembalian karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan sebanyak 138 berkas (100%). Penyebab yang mendominasi adalah penentuan

diagnosa sebesar 125 berkas (90,6%). Hal ini dikarenakan petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sudah menentukan diagnosa sendiri yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu dan tidak didukung dengan data pendukung, dan juga karena ada perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (7).

Penelitian yang dilakukan oleh Supriadi dan Syifa Rosania pada tahun 2018 di Rumah Sakit Hermina Ciputat dari hasil penelitian menemukan sebanyak 142 berkas klaim rawat inap dan 82 berkas rawat jalan yang dikembalikan. Alasan pengembalian karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Penyebab tidak lolos verifikasi terutama karena ketidaktepatan dari petugas pemberkasan dan adanya perbedaan persepsi tentang kode diagnosa antara Rumah Sakit Hermina Ciputat dengan BPJS Kesehatan (8).

Penelitian yang dilakukan oleh Linda Megawati dan Rita Dian Pertiwi pada tahun 2016 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dari hasil perhitungan analisis kelengkapan berkas syarat klaim BPJS pasien rawat inap didapatkan persentase lembar syarat tidak lengkap tersebut yaitu lembar syarat laporan individual pasien sebesar 32 lembar syarat yang tidak lengkap (84%). Lembar laporan penunjang sebanyak 7 lembar syarat yang tidak lengkap (18%). Dan lembar syarat lembar fotocopy kartu BPJS sebesar 4 lembar atau (7%) (9).

Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi Jambi yang terletak di Jl. Letjen Suprpto No.31 Telanaipura Jambi. Didirikan pada tahun 1948 dan saat ini berstatus sebagai Rumah Sakit tipe B Pendidikan dengan total kapasitas 321 tempat tidur rata-rata kunjungan rawat inap 46/hari. Dalam pelaksanaan pengklaiman pasien BPJS kesehatan, RSUD Raden Mattaher Jambi melakukan verifikasi klaim sesuai dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang

dikeluarkan oleh BPJS. RSUD Raden Mattaher pada tahun 2020 dengan jumlah klaim pasien BPJS rawat inap sebanyak 5.660 dengan persentase pengembalian klaim sebanyak 1.821 atau 32,17% yang menyebabkan proses pengklaiman menjadi tertunda di tiap bulannya.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara pada bulan Oktober – November 2020 total berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang dikirim sebanyak 1.161 berkas dengan presentase berkas yang dikembalikan sebesar 374 atau 32,21%. Dengan faktor yang mempengaruhi pengembalian yaitu tidak terlampirnya hasil PA, tidak adanya tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) di resume medis dan tidak ada laporan hasil penunjang. Dampak dari pengembalian berkas klaim adalah terlambatnya pembayaran atas penagihan klaim, menghambat proses pencairan dana klaim, menghambat operasional rumah sakit seperti keterlambatan pembayaran atas jasa pelayanan yang diberikan, menghambat proses pembelian sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan di rumah sakit serta dapat menambah beban kerja petugas *casemix*.

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan diatas peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian dengan judul “Tinjauan Faktor Penyebab Dikembalikannya Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2021”.

METODE

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif, analisis dengan pendekatan kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang dikembalikan oleh

verifikator BPJS pada bulan Mei 2021 yaitu 110 berkas. Pengambilan sampel diambil dengan menggunakan sampling jenuh yaitu pengambilan sampel dimana semua populasi dijadikan sebagai sampel. Pada penelitian ini adalah seluruh berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang dikembalikan pada bulan Mei 2021.

HASIL

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan kepada petugas *casemix* di RSUD Raden Mattaher Jambi saat ini belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur terkait proses pelaksanaan klaim BPJS. Namun dalam pelaksanaan pengajuan pengklaiman pasien BPJS sudah sesuai dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS. Selain itu, dalam proses pengajuan klaim dilengkapi dengan lembar “*Check List* Syarat Klaim Rawat Inap” yang berisikan syarat-syarat dalam pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap. Untuk pelaksanaannya dilakukan oleh petugas *casemix* bagian penerima berkas klaim yang mana petugas akan mencheck list syarat klaim pasien rawat inap yang telah ada dan yang sudah lengkap, dilakukan satu persatu terhadap berkas klaim. Di RSUD Raden Mattaher Jambi pengajuan klaim dilakukan setiap tanggal 2 bulan berikutnya sesuai jam kerja.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 110 berkas klaim pasien rawat inap yang dikembalikan, ditemukan persyaratan klaim yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim di RSUD Raden Mattaher Jambi yang meliputi tahapan verifikasi klaim yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan:

Tabel 1. Persentase Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap

Tahapan Verifikasi Klaim	Jumlah	Persentase
Verifikasi Administrasi Kepesertaan	4	3,6 %
Verifikasi Administrasi Pelayanan	9	8,2 %
Verifikasi Pelayanan Kesehatan	97	88,2 %
Total	110	100 %

Berdasarkan tabel 1 diatas terlihat persyaratan klaim yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim BPJS yang meliputi tahapan verifikasi klaim yaitu verifikasi administrasi kepesertaan sebesar 3,6%, verifikasi administrasi pelayanan sebesar 8,2% dan verifikasi pelayanan kesehatan sebesar 88,2%. Dengan persentase terbanyak dari tahap verifikasi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 110 berkas klaim, ditemukan faktor yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim yang dikelompokkan berdasarkan tahapan verifikasi klaim yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan sebagai berikut:

Tabel 2. Faktor Pengembalian Berkas Klaim BPJS

Tahap Verifikasi Klaim	Jumlah	Persentase
1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan		
Ketidaksesuaian SEP dengan data yang di upload	4	3,6 %
2. Verifikasi Administrasi Pelayanan		
Ketidaklengkapan soft file yang di upload dengan persyaratan	4	3,6 %
Kesalahan Penulisan Tanggal Masuk	3	2,7 %
Kesalahan Nama Tindakan di Lembar Laporan Tindakan	2	1,9 %
3. Verifikasi Pelayanan Kesehatan		
Ketidaksesuaian Kode Diagnosa Utama & Prosedur	33	30 %
Ketidaksesuaian Kode Diagnosa Sekunder	20	18,2 %
Ketidaksesuaian Kelas Perawatan	14	12,7 %
Tidak Ada Hasil Penunjang	23	20,9 %
Tidak Tertulis Riwayat Penyakit	7	6,4 %
Total	110	100 %

Berdasarkan tabel 2. diatas terlihat faktor yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim dengan persentase terbanyak yaitu faktor ketidaksesuaian kode diagnosa utama dan kode prosedur sebesar 30% atau 33 berkas klaim, faktor tidak ada hasil penunjang 20,9% atau 23 berkas klaim dan faktor ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder sebesar 18,2% atau 20 berkas klaim.

PEMBAHASAN

RSUD Raden Mattaher Jambi belum memiliki SPO yang mengatur terkait proses pelaksanaan klaim BPJS. Namun dalam pelaksanaan pengajuan pengklaiman pasien BPJS sudah menerapkan petunjuk teknis verifikasi klaim yang dikeluarkan oleh BPJS. Dalam proses pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap petugas *casemix* dilengkapi dengan lembar yaitu “*Check List Syarat Klaim Rawat inap*”. Lembar tersebut berisikan syarat-syarat dalam pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap atau berkas yang diperlukan dalam proses

pengklaiman yang mana jika syarat tersebut telah terpenuhi maka petugas akan menchecklist lembar tersebut, sehingga dapat mengetahui berkas yang belum terpenuhi dan diharapkan syarat klaim lengkap dan tidak ada klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS. Lembar checklist syarat klaim tersebut sesuai dengan persyaratan kelengkapan berkas administrasi klaim yang ada didalam Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS.

Di RSUD Raden Mattaher Jambi ditemukan persyaratan klaim yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang meliputi tahapan verifikasi klaim yaitu verifikasi administrasi kepesertaan sebesar 3,6% atau 4 berkas klaim, verifikasi administrasi pelayanan sebesar 8,2% atau 9 berkas klaim dan verifikasi pelayanan kesehatan sebesar 88,2% atau 97 berkas klaim. Dengan persentase terbanyak yaitu persyaratan klaim tahap verifikasi pelayanan kesehatan.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Faik Agiwhyuantio dengan judul “Tinjauan Penyebab

Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat” Hasil penelitian berdasarkan observasi terhadap sampel 85 berkas pengembalian klaim pasien di IGD RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang ada 29 pasien (34,1%) memenuhi kriteria gawat darurat menurut BPJS Kesehatan dan tidak memenuhi kriteria gawat darurat 56 pasien (65,9%). Penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat yaitu karena BPJS Kesehatan meminta konfirmasi kondisi *emergency* pasien 47 berkas (55,3%), alasan pasien pulang APS 22 berkas (25,8%), *readmisi* 7 berkas (8,23%), kurangnya kelengkapan surat kronologis 5 berkas (5,9%), kesalahan nilai GCS total 2 berkas (2,35%), dan alasan pasien dirujuk 2 berkas (2,35%) (10).

Di RSUD Raden Mattaher Jambi ditemukan faktor yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim BPJS yang dikelompokkan berdasarkan tahapan verifikasi klaim yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan dengan rincian sebagai berikut:

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Berkas klaim yang dikembalikan berdasarkan tahap verifikasi administrasi kepesertaan sebesar 3,6% yaitu faktor ketidaksesuaian SEP dengan data yang di upload sebanyak 4 berkas. Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan BPJS, menyatakan kesesuaian berkas klaim antara surat eligibilitas peserta (SEP) dengan data pada aplikasi INA CBGs. Tidak sesuai data antara SEP dengan aplikasi INA CBGs dapat menyebabkan dikembalikannya berkas klaim karna sesuai dengan panduan praktis teknis verifikasi klaim bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas untuk memperoleh bukti atas klaim yang mendapat perhatian dan mengembalikan klaim untuk dilengkapi kembali oleh petugas.

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Berkas klaim yang dikembalikan berdasarkan tahap verifikasi administrasi pelayanan sebesar 8,2% yang terdiri dari faktor:

1. Ketidaklengkapan soft file yang di upload dengan persyaratan sebanyak 4 berkas atau 3,6%

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan BPJS, bahwa kelengkapan soft file pada aplikasi INA CBGs sangat mempengaruhi kelancaran dalam pengklaiman BPJS, apabila ditemukan ketidaklengkapan maka berkas tersebut akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi kembali.

2. Kesalahan penulisan tanggal masuk sebanyak 3 berkas atau 2,7%

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan BPJS, pada proses verifikasi akan dilakukan pemeriksaan berkas selain kelengkapan berkas, isian dalam berkas juga harus sesuai. Tanggal pelayanan (Tanggal Masuk dan Tanggal Keluar) harus sesuai dengan tanggal di SEP dan Resume Medis.

3. Kesalahan nama tindakan di lembar laporan tindakan sebanyak 2 berkas atau 1,9%

Faktor ini sangat jarang ditemui karna ini menyangkut kekeliruan petugas saat memasukan nama tindakan yang mana jika tidak teliti akan menyebabkan kesalahan dalam menulis nama tindakan pada lembar laporan tindakan.

3. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Berkas klaim yang dikembalikan berdasarkan tahap verifikasi pelayanan kesehatan sebesar 88,2% yang terdiri dari faktor:

1. Ketidaksesuaian kode diagnosa utama dan kode prosedur sebanyak 33 berkas atau 30%

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan BPJS, bahwa verifikator wajib memastikan kesesuaian kode diagnosa dan kode prosedur. Dari hasil penelitian ditemukan perbedaan kode diagnos utama dan kode prosedur yang diberikan koder rumah sakit dengan kode diagnosa dan kode prosedur yang diberikan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Ketidaksesuaian kode diagnosa

utama dan kode prosedur menjadi faktor penyebab klaim dikembalikan terbanyak.

2. Ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder sebanyak 20 berkas atau 18,2%

Dari hasil penelitian juga ditemukan ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder, yang mana sering tertukar antara kode diagnosa utama dan kode diagnosa sekunder.

3. Ketidaksesuaian kelas perawatan sebanyak 14 berkas atau 12,7%

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan BPJS, kelas perawatan pasien yang terlampir pada berkas klaim harus sesuai dengan kelas yang diambil oleh pasien tersebut. Dari hasil penelitian ditemukan berkas yang dikembalikan karena pada berkas pengklaiman pasien tersebut dicatat pada kelas rawat 1 yang seharusnya di kelas 2 sesuai dengan data pada saat pasien tersebut mendaftar BPJS Kesehatan.

4. Tidak ada hasil penunjang sebanyak 23 berkas atau 20,9%

Berdasarkan Peraturan BPJS No.7 tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, menyatakan bahwa kelengkapan dokumen pengajuan klaim yaitu surat rujukan, hasil penunjang diagnostik dan tindakan medik yang telah di sah kan oleh dokter yang bertanggung jawab. Dari hasil penelitian ditemukan pengembalian berkas salah satunya karena tidak ada laporan hasil Patologi Anatomi (PA).

5. Tidak tertulis riwayat penyakit sebanyak 7 berkas atau 6,4%

Dari hasil penelitian ditemukan pengembalian berkas karena tidak tertulisnya riwayat penyakit pada CPPT pasien, yang mana riwayat penyakit berguna untuk menegakan diagnosa utama. Faktor ini menyangkut kelengkapan pengisian rekam medis yang mana didalam nya harus memuat keluhan atau riwayat pasien.

Dapat disimpulkan faktor yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Raden Mattaher Jambi terbanyak karena faktor ketidaksesuaian kode diagnosa utama dan kode prosedur, tidak ada hasil penunjang, ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder.

KESIMPULAN

RSUD Raden Mattaher Jambi belum memiliki SPO yang mengatur proses pelaksanaan klaim BPJS. Namun dalam pelaksanaan pengklaiman sudah menggunakan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dikeluarkan oleh BPJS. Selain itu, proses pengajuan klaim dilengkapi dengan lembar "*Check List* Syarat Klaim Rawat inap". Berdasarkan hasil penelitian terhadap 110 berkas yang dikembalikan persyaratan klaim yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim BPJS meliputi tahapan verifikasi klaim yaitu verifikasi administrasi kepesertaan sebesar 3,6%, verifikasi administrasi pelayanan sebesar 8,2% dan verifikasi pelayanan kesehatan sebesar 88,2%. Faktor yang menyebabkan pengembalian klaim berdasarkan verifikasi administrasi kepesertaan yaitu ketidaksesuaian SEP dengan data yang di upload. Verifikasi administrasi pelayanan yaitu ketidaklengkapan soft file yang di upload dengan persyaratan, kesalahan penulisan tanggal masuk, kesalahan nama tindakan di lembar laporan tindakan. Verifikasi pelayanan kesehatan yaitu ketidaksesuaian kode diagnosa utama dan kode prosedur, ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder, ketidaksesuaian kelas perawatan, tidak ada hasil penunjang dan tidak tertulis riwayat penyakit.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Koordinator Tim *Casemix* RSUD Raden Mattaher Jambi yang telah mengizinkan dan membantu dalam proses pengambilan data. Terima kasih kepada para dosen Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Esa Unggul yang telah membantu dan membimbing dalam proses pembuatan jurnal dan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Permenkes RI no.3 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
2. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
3. Pemerintah Indonesia. Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Republik Indonesia; 2013.
4. Presiden Republik Indonesia. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta : Republik Indonesia; 2004.
5. Kementerian Kesehatan RI. Permenkes RI 269/MenKes/Per/III/2008. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2008.
6. BPJS. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan; 2014.
7. Arikusnadi NW, Sudirman, Kadri A. Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Bpjs Kesehatan Di Rumkit Bhayangkara Palu. *J Chem Inf Model*. 2020;21(1):1–9.
8. Supriadi S, Rosania S. Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018. *J Vokasi Indones*. 2019;7(2):19–26.
9. Megawati L, Pratiwi RD. Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *J Kesehat Vokasional*. 2016;1(1):36–43.
10. Agiwahyunto F, Anjani S, Juwita A. Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat. *J Manaj Inf Kesehat Indones*. 2021;9(2):125.