

TINJAUAN KETIDAKLENGKAPAN BERKAS E-KLAIM RAWAT JALAN DI RS X BANDUNG

Ajeung Anzelika¹, Lienda Dwi Putri², Meira Hidayati³

Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Piksi Ganesha, Bandung

aanzelika@piksi.ac.id¹ ldputri@piksi.ac.id² meira.hidayati@piksi.ac.id³

ABSTRAK

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan diharapkan mampu memberikan pelayanan yang bermutu. Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam peningkatan kesehatan yaitu adanya badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat yang disebut BPJS. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan program jaminan pemerintah untuk menjadikan rakyat Indonesia dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera. Sistem pembayaran klaim menggunakan aplikasi INA-CBGs. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ketidaklengkapan berkas e-klaim rawat jalan dan penyebabnya di Rumah Sakit X Bandung. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dan pendekatan deskriptif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan cara observasi lapangan, studi pustaka dan wawancara. Teknik pengambilan data menggunakan 2 cara yaitu cara pertama dengan mengambil data keseluruhan berkas e-klaim pada seluruh periode 2020 dan triwulan 1 di 2021 sedangkan cara kedua melalui wawancara 2 orang petugas casemix. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 6 April – 28 Mei 2021 di salah satu Rumah Sakit di kota Bandung. Hasil penelitian diperoleh bahwa berkas yang tidak lengkap sebanyak 100 berkas. Dari hasil dan pembahasan berkas yang tidak lengkap paling banyak terdapat pada kronologi kecelakaan, yang dapat menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS. Kesimpulan bahwa kelengkapan berkas e-klaim sangat mempengaruhi kelancaran penagihan klaim BPJS.

Kata Kunci : BPJS, Berkas E-Klaim, Ketidaklengkapan

ABSTRACT

Hospitals are health care institutions that provide health services to improve the degree of health and are expected to provide quality services. One of the efforts taken by the government in improving health is the existence of a legal entity formed to organize a public health insurance program called BPJS ((Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) (Social Insurance Administration Organization)) is a government security program to make the people of Indonesia can live healthy, productive and prosperous. The claim's payment system uses the INA-CBGs app. This study aims to find out the incompleteness of outpatient e-claims files and their causes in Hospital X Bandung. The research methods used are qualitative and descriptive approach. Data collection techniques used are by means of field observation, library studies and interviews. Data retrieval techniques use 2 ways, namely the first way by retrieving the data of the entire e-claims file in the entire period of 2020 and the first quarter in 2021 while the second way through interviews 2 people case mix officers. This research was conducted on April 6th – May 28th, 2021 at the one of the hospitals in Bandung. The results showed that the incomplete files were 100 files. The results obtained that incomplete files most contained in the chronology of accidents, which can lead to hampered payment of BPJS (Social Insurance Administration Organization). Claims concluded that the completeness of the e-claims file greatly affects the smooth billing of BPJS (Social Insurance Administration Organization) claims.

Keywords : BPJS, E-Claim File, Incompleteness

PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kemenkes, 2014). Pelayanan di rumah sakit sangat kompleks, padat pakar dan padat modal yang menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan, penelitian serta jenis disiplin. Agar rumah sakit berjalan sesuai profesional dalam bidang medis maupun administrasi kesehatan, rumah sakit harus memiliki tolak ukur untuk menjamin peningkatan mutu disetiap tingkatan (Rustiyanto, 2009).

Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam peningkatan kesehatan yaitu adanya badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat yang kemudian disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam Undang-Undang No 24 tahun 2011, tujuan diselenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak. Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa jaminan kesehatan 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 di bayar oleh pemerintah. (Ju *et al.*, 2020)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara resmi dijalankan oleh pemerintah Indonesia mulai 1 Januari 2014. Sejak dijalankan tahun 2014, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terus mengalami perbaikan pengelolaan. Salah satu komponen yang berusaha diperbaiki adalah implementasi sistem pembayaran klaim menggunakan Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs), dimana sistem pembayaran menggunakan klaim untuk mendapatkan imbal jasa dari pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kepada peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Pembayaran model ini merupakan pembayaran berdasarkan diagnosa dan prosedur pengelompokan sesuai dengan karakteristik klinis yang serupa dengan penggunaan sumber daya serupa yang kemudian dikelompokkan berdasarkan tingkat keparahannya (Nurdiah and Iman, 2016)(Sakit and Ciputat, 2019)

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan No 7 tahun 2018 tentang pengelolaan administrasi klaim fasilitas kesehatan dalam 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. (Nurdiah and Iman, 2016)

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. (EP, 2018).

Klaim dibayarkan sesuai dengan paket INA-CBGs yang telah ditentukan oleh Kemenkes. Klaim harus disetorkan pada bulan kejadian. Jika klaim tidak lengkap maka akan di kembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi. Klaim yang tidak lengkap dan dianggap tidak layak diserahkan kembali ke rumah sakit melalui unit penjamin untuk dikoreksi dan direvisi oleh unit penjamin. (EP, 2018)

INA-CBG'S adalah kependekan dari Indonesia Case Base Groups. Sistem INA-CBGs adalah aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim Rumah Sakit, Puskesmas dan semua Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi masyarakat miskin Indonesia. Sistem Casemix INA-CBG'S adalah suatu pengklasifikasian dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinik yang sejenis (George Palmer, Beth Reid). Sistem pembayaran INA-CBGs menggunakan klaim untuk mendapatkan imbal jasa dari pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kepada peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Pembayaran model ini merupakan pembayaran berdasarkan diagnosa dan prosedur pengelompokan sesuai dengan karakteristik klinis yang serupa dengan penggunaan sumber daya serupa yang kemudian dikelompokkan berdasarkan tingkat keparahannya. (Nurdiah and Iman, 2016) (Sakit and Ciputat, 2019)

Data di RS X periode 2020 menunjukkan bahwa ketidaklengkapan berkas e-klaim rawat jalan paling banyak pada: 1) Assesment psikiatri yaitu sebanyak 29 berkas; 2) Hasil panoramik yaitu sebanyak 2 berkas; 3) Hasil USG yaitu sebanyak 8 berkas; 4) Kartu BPJS bukan milik pasien yaitu sebanyak 1 berkas; 5) Lembar TB 01 (DOTS) yaitu sebanyak 5 berkas; 6) Kronologi kecelakaan yaitu sebanyak 39 berkas; 7) Surat kematian dan CPPT yaitu sebanyak 4 berkas; 8) Surat keterangan kepolisian yaitu sebanyak 3 berkas, sedangkan pada Triwulan 1 di 2021 ketidaklengkapan berkas e-klaim rawat jalan mulai menurun yaitu menjadi: 1) Hasil USG yaitu sebanyak 1 berkas; 2) Kronologi kecelakaan yaitu sebanyak 8 berkas. Berkas klaim yang tidak lengkap menyebabkan terhambatnya proses pengiriman dan pembayaran klaim kepada BPJS Kesehatan.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui alasan dan faktor yang menyebabkan Ketidaklengkapan Berkas E-klaim Rawat Jalan di RS X. Kontribusi penelitian ini sebagai bahan evaluasi rumah sakit untuk meningkatkan ketelitian kinerja pegawai dan menghindari adanya kesalahan komunikasi.

METODE

Dalam penelitian ini menggunakan jenis metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan dan menggambarkan tentang ketidaklengkapan berkas e-klaim. Teknik pengambilan data menggunakan 2 cara yaitu cara pertama dengan mengambil data keseluruhan berkas e-klaim pada seluruh periode 2020 dan triwulan 1 di 2021, cara kedua dengan wawancara 2 petugas casemix.

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 6 April – 28 Mei 2021 di salah satu Rumah Sakit di kota Bandung yang bisa disebut RS X.

HASIL

Berdasarkan dari hasil wawancara dengan petugas casemix di Rumah Sakit X Bandung jika berkas e-klaim tidak lengkap akan memperlambat pengiriman klaim ke BPJS Kesehatan. Faktor dari ketidaklengkapan berkas klaim yaitu adanya kesalahan komunikasi atau kurangnya sosialisasi, pegawai yang kurang teliti, dan kesibukan dokter.

Jumlah Berkas E-klaim Tidak Lengkap

Berkas yang tidak lengkap di RS X pada periode 2020 dan triwulan 1 di 2021 adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah Berkas E-klaim Tidak Lengkap Rawat Jalan Periode 2020

No	Bulan Pelayanan	Jumlah
1	Januari	8
2	Februari	12
3	Maret	13
4	April	15
5	Mei	8
6	Juni	4
7	Juli	7
8	Agustus	6
9	September	5
10	Oktober	6
11	November	4
12	Desember	3
Total		91

Tabel 2. Jumlah Berkas E-klaim Tidak Lengkap Rawat Jalan Triwulan 1 di 2021

No	Bulan Pelayanan	Jumlah
1	Januari	0
2	Februari	2
3	Maret	7
Total		9

Alasan Ketidaklengkapan Berkas E-klaim

Jumlah berkas e-klaim yang tidak lengkap pada periode 2020 yaitu sebanyak 91 berkas, sedangkan pada triwulan 1 di 2021 sebanyak 9 berkas.

Tabel 3. Alasan Ketidaklengkapan Berkas E-klaim

No	Alasan Ketidaklengkapan Berkas E-klaim	Jumlah
1	Assesment Psikiatri	29
2	Kronologi Kecelakaan	47
3	Lembar TB 01 (DOTS)	5
4	Surat Kematian & CPPT	4
5	Hasil USG	9
6	Hasil Panoramik	2
7	Kartu BPJS Bukan Milik Pasien	1
8	Surat Keterangan Kepolisian	3
Total		100

Dari tabel 3 terlihat jumlah ketidaklengkapan berkas paling banyak ialah kronologi kecelakaan yaitu sebanyak 47 berkas.

PEMBAHASAN

Dari tabel 1 terlihat jumlah berkas e-klaim yang tidak lengkap sebanyak 91 berkas, sedangkan pada tabel 2 sebanyak 9 berkas. Total berkas e-klaim tidak lengkap pada periode 2020 dan triwulan 1 di 2021 adalah sebanyak 100 berkas. Ketidaklengkapan klaim paling banyak adalah pada kronologi kecelakaan. Jika kronologi kecelakaan tidak diisi, hal tersebut akan menghambat proses pembayaran klaim.

Klaim disetorkan sesuai bulan kejadian. Jika kejadian di bulan April maka seluruh klaim pasien di bulan April harus disetorkan ke BPJS Kesehatan lengkap atau tidak lengkap. Jika klaim tidak lengkap maka berkas klaim akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi dan dimasukkan dalam klaim pending atau tagihan tertunda. Klaim diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 pada bulan berjalan yang kemudian akan diverifikasi oleh tim verifikator BPJS Kesehatan dalam bentuk *softcopy* dan *hardcopy*.

Jika klaim dianggap lengkap, layak dan sesuai antara diagnosa dengan koding INA-CBGS dan terdapatnya prosedur dan terapi serta tanda tangan DPJP maka klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja. Jika klaim tidak lengkap akan dianggap tidak layak dan diserahkan kembali ke rumah sakit melalui unit penjaminan untuk dikoreksi dan direvisi oleh unit penjamin. Dari hasil koreksi dan revisi dilakukan oleh unit penjamin misalkan meminta tanda tangan DPJP, penyesuaian koding INA-CBGS, telusur prosedur dan terapo pada DPJP ataupun melihat rekam medis yang bersangkutan. Klaim yang sudah direvisi akan disertakan pada klaim baru yang diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 pada bulan berjalan.

Kelengkapan pengisian berkas e-klaim rawat jalan dapat mempengaruhi proses pengajuan klaim ke BPJS. Dilihat dari segi SDM (Sumber Daya Manusia) faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan berkas e-klaim dapat dilihat dari segi kedisiplinan, beban kerja dan komunikasi. Penyebab ketidaklengkapan berkas e-klaim yaitu ketidakdisiplinan dokter dan kurangnya tanggung jawab petugas dalam pengisian berkas. Karena dokter yang terlalu sibuk dan keterbatasan waktu disebabkan beban kerja dokter yang tinggi sehingga waktu yang digunakan untuk mengisi berkas e-klaim sangat terbatas. Faktor lainnya yaitu kurangnya kesadaran dokter akan pentingnya kelengkapan berkas tersebut (Karma *et al.*, 2019).

Pembayaran klaim diperhitungkan dengan semua kewajiban peserta yang tertunggak, jika ada maka akan mengurangi jumlah klaim yang dibayarkan. Peserta yang mengajukan klaim akan diproses sesuai Standar Operasional Perusahaan (SOP) selama 14 hari kerja, terhitung mulai dari kelengkapan dokumen yang diajukan peserta. Sistem pembayaran yang ditawarkan yaitu *reimbursement* yang artinya penggantian kembali biaya-biaya yang sudah dikeluarkan, dalam hal ini peserta membayar semua pembiayaan atas pengobatan atau tindakan medis yang ia alami kemudian mengumpulkan dokumen yang disyaratkan untuk pengajuan klaim agar mendapat penggantian biaya. Pembayaran klaim dilakukan dengan cara pihak asuransi mentransfer sebesar nominal klaim kepada nomor rekening lembaga yang telah diajukan, kemudian lembaga tersebut memberikan langsung kepada peserta yang mengajukan klaim (Hasanah *et al.*, 2018).

Dilihat dari beban kerja yaitu petugas yang dituntut kerja cepat tetapi masih ditambah kerja lain, memakan waktu yang banyak dan kurangnya tanggungjawab petugas dalam pengisian berkas tersebut. Dilihat dari komunikasi yaitu adanya kesalahan dan kurangnya efektifitas dokter dan petugas dalam memberikan informasi mengenai pentingnya kelengkapan pengisian berkas e-klaim.

KESIMPULAN

Kelengkapan berkas e-klaim dapat mempengaruhi kelancaran penagihan klaim BPJS. Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi ketidaklengkapan berkas e-klaim rawat jalan di rumah sakit ini, faktor yang terlihat dari segi SDM (Sumber Daya Manusia) dan metode. Dari segi SDM (Sumber Daya Manusia) faktor penyebabnya ialah petugas yang kurang teliti, beban kerja yang cukup tinggi dan komunikasi yang berjalan tidak baik. Sedangkan dari segi metode faktor penyebabnya kurangnya sosialisasi dan tidak adanya monitoring atau evaluasi di bagian rekam medis tersebut. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi ketidaklengkapan berkas e-klaim yaitu melakukan sosialisasi kepada petugas kesehatan terutama kepada dokter mengenai pentingnya kelengkapan berkas e-klaim. Agar tidak terjadi ketidaklengkapan pengisian berkas e-klaim dapat dilakukan evaluasi untuk petugas dan dokter agar saling mengingatkan akan pentingnya pengisian berkas e-klaim tersebut.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis menyampaikan terimakasih kepada rumah sakit tempat penelitian, dosen pembimbing, serta teman-teman yang telah banyak membantu dan membimbing dalam proses penelitian ini. Dan kepada keluarga yang sudah memberikan *support* kepada penulis. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan berguna khususnya bagi penulis sendiri, umumnya bagi para pembaca.

DAFTAR PUSTAKA

BPJS Kesehatan. Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan. BPJS Kesehatan, 2014

(EP, 2018)Asuransi, P. T. and Keluarga, S. (2018) 'Available at: <http://journal.uhamka.ac.id/index.php/jei>', *TINJAUAN TERHADAP PROSES KLAIM ASURANSI JIWA KUMPULAN PADA PT. ASURANSI SYARIAH KELUARGA INDONESIA*, 9(November 2018), pp. 211–225.

EP, A. A. (2018) 'Antonius Artanto EP. Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016. 2016. Vol. 4.', *Jurnal ARSI*, 4(2), pp. 122–134.

Inap, R., Rsup, D. I. and Sadikin, H. (2020) 'J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan TINJAUAN KETERLAMBATAN KLAIM BERKAS BPJS J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan', 1(4), pp. 575–581.

Karma, M. *et al.* (2019) 'Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia', 7(2).

Nurdiah, R. S. and Iman, A. T. (2016) 'Analisis Penyebab Unclaimed Berkas Bpjs Rawat Inap Di Rsud Dr. Soekardjo Tasikmalaya', *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(1), pp. 23–28. doi: 10.33560/v4i2.128.

BPJS Kesehatan. Panduan Layanan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). BPJS Kesehatan, 2018

Sakit, R. and Ciputat, H. (2019) 'Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018', *Jurnal Vokasi Indonesia*, 7(2), pp. 19–26. doi: 10.7454/jvi.v7i2.145.

Verifikasi Klaim. BPJS Kesehatan, 2014 Available From: https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Petunjuk%20Teknis%20Verifikasi%20Klaim_REV.pdf

Rahmatika, C. et al. (2020) 'Kelengkapan Berkas Rekam Medis dan Klaim BPJS di RSUD M.Zein Painan', *Jurnal Kesehatan Medika Sainika*, 11(2)

Megawati, L. et al. (2016) 'Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta', *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1)