

TINJAUAN KOREKSI KLAIM BPJS RAWAT JALAN GUNA MENUNJANG KUALITAS PENGKLAIMAN DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAWA BARAT

Aini Hadijah^{1*}, Rizqy Dimas Monica²

Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik TEDC Bandung^{1,2}

*Corresponding Author : ainitwi17@gmail.com

ABSTRAK

Studi pendahuluan di bagian klaim BPJS Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat bahwa dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masih terdapat koreksi klaim rawat jalan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Data Klaim BPJS Kesehatan di RSJ Provinsi Jawa Barat menunjukkan bahwa dalam pengajuan klaim rawat jalan pada bulan september sampai november 2023 terdapat koreksi klaim sebanyak 1,23% atau sebanyak 60, berkas klaim yang diajukan yaitu sebanyak 4.852 berkas. Penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah koreksi klaim rawat jalan pada Mei-Desember 2023 sebanyak 390 berkas dengan menggunakan *Non probability sampling* dengan teknik *Saturation Sampling*. Hasil penelitian di RSJ Provinsi Jawa Barat masih belum tersedia secara tertulis Standar Prosedur Operasional (SPO) dan alur penanganan koreksi klaim rawat jalan kemudian dari 390 berkas sampel yang diteliti terdapat 5 kriteria koreksi klaim rawat jalan tertinggi yaitu berdasarkan kode ICD 10 sebanyak 237 berkas klaim koreksi atau sebesar 60,76% dengan penyebab 236 kode tidak sesuai (turun satu kelas), 1 bukan APS pasien menolak dirawat dan minta untuk berobat jalan. Penulis menyimpulkan bahwa belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) tertulis untuk koreksi klaim rawat jalan, yang menyebabkan ketidakseragaman dan potensi kesalahan. Jumlah koreksi klaim rawat jalan cukup tinggi, dengan 390 klaim dikoreksi dari 12.284 berkas klaim pada periode Mei-Desember 2023, di mana kode ICD 10 237 paling sering dikoreksi (60,76%). Meskipun kualitas pengklaiman dinilai baik, rumah sakit menghadapi kendala seperti keterlambatan data dari BPJS dan ketidakjelasan data. Upaya perbaikan telah dilakukan, termasuk koordinasi dengan pihak terkait dan peningkatan ketepatan petugas.

Kata kunci : klaim, koreksi, kualitas, rawat jalan

ABSTRACT

A preliminary study in the BPJS claims department at the West Java Provincial Psychiatric Hospital revealed that there are still outpatient claim corrections made by BPJS Kesehatan verifiers under the National Health Insurance (JKN) program. Data from BPJS Kesehatan claims at the hospital showed that between September and November 2023, 1.23% or 60 of the 4,852 submitted outpatient claims were corrected. The author used a descriptive method with a quantitative approach. The study population included 390 outpatient claim corrections from May to December 2023, using non-probability sampling with a saturation sampling technique. The study found that there is no written Standard Procedure Operating (SPO) or process flow for handling outpatient claim corrections. Among the 390 sample claims studied, the top five correction criteria were based on ICD-10 codes, with 237 claims (60.76%) corrected, primarily due to 236 codes being downgraded and one case where the patient refused hospitalization and opted for outpatient treatment. The author concluded that the absence of a written Standard Procedure Operating (SPO) for outpatient claim corrections leads to inconsistencies and potential errors. The number of corrections is relatively high, with 390 claims corrected out of 12,284 submitted during May-December 2023, with ICD-10 code 237 being the most frequently corrected (60.76%). Although the quality of claim submissions is considered good, the hospital faces challenges such as delays in receiving data from BPJS and unclear data. Improvement efforts have been made, including coordination with relevant parties and enhancing staff accuracy.

Keywords : correction, claim, outpatient, quality

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah Keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa maupun sosial dan bukan sekedar terbebas dari penyakit maupun sosial dan bukan sekedar terbebas dari penyakit untuk memungkinkan hidup produktif. (UU, 2023) Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan mampu memberikan jasa pelayanan kesehatan bagi masyarakat. (Permenkes, Rumah Sakit, 2020) Menurut Permenkes RI No. 3 Tahun 2020 tentang klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa “Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan mampu memberikan jasa pelayanan kesehatan bagi masyarakat. (Permenkes, Rumah Sakit, 2020)

JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ditetapkan dalam UU No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. (Perpu, BPJS, 2011) Permenkes RI No. 7 Tahun 2021 tentang “Jaminan Kesehatan” adalah berupa perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iurannya dibayar oleh pemerintahan sebagai tindak lanjut JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. (Permenkes, Jaminan Kesehatan, 2021) Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masyarakat yang terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan setelah menerima pelayanan atau pengobatan tidak langsung membayar biaya rumah sakit tetapi biaya tersebut akan ditanggung oleh pihak BPJS kesehatan. (Kemenkes, 2016)

Menurut peraturan Presiden RI No. 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan pasal 39 ayat (3) menyebutkan bahwa pembayaran oleh BPJS kesehatan dilakukan berdasarkan cara *Indonesian case based Groups* (INA-CBG's). Dalam sistem pembiayaan ini, rumah sakit harus mengajukan klaim untuk menerima biaya pelayanan yang diberikan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan. (Perpres, 2020) Proses Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan proses mengajukan biaya pengobatan peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang dilakukan pihak RS secara kolektif kemudian melakukan penagihan kepada pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada waktu setiap bulan dan pihak RS wajib mendapatkan *Reimbursement*. (Manaida & Crace D. Kandou, 2017)

Kemudian, peraturan BPJS Kesehatan nomor 7 tahun 2018 tentang Pengelolaan Klaim Fasilitas Kesehatan menyebutkan bahwa dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atas klaim yang diajukan oleh pihak BPJS Kesehatan mengenai administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan pelayanan kesehatan. Apabila dalam proses verifikasi tersebut ditemukan ketidaksesuaian sehingga verifikasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan akan mengembalikan berkas klaim kepada pihak RS. (Peraturan, 2018) Berdasarkan kesepakatan yang dicapai dan dituangkan dalam Berita Acara Kesepakatan Bersama Tahun 2019 mengenai Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG's, terdapat tiga aspek utama dalam permasalahan klaim, yaitu aspek koding, aspek medis, dan aspek administrasi. Panduan ini menjadi acuan dalam menyelesaikan kasus-kasus yang dikategorikan sebagai klaim dispute dan pending, serta dalam proses verifikasi klaim INA-CBG. (Aridtya, 2021)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di bagian klaim BPJS bahwa dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat masi terdapat koreksi klaim rawat jalan oleh verifikasi BPJS Kesehatan. Data Klaim BPJS Kesehatan di RSJ Provinsi Jawa Barat menunjukkan bahwa dalam pengajuan klaim rawat

jalan pada bulan september sampai november 2023 terdapat koreksi klaim sebanyak 1,23% atau sebanyak 60, berkas klaim yang diajukan yaitu sebanyak 4.852 berkas. Koreksi tersebut diantaranya berupa ketidaksesuaian pengajuan kode untuk tindakan pelayanan medik (90%), Pengajuan kembali untuk konfirmasi kegawatdaruratan (5%), dan Pengajuan kembali karena berkas tidak bisa diajukan (3,33%, dan kurangnya berkas lampiran yaitu CPPT untuk syarat pengajuan klaim (1,66%).

Karena hal tersebut, pihak verifikator BPJS Kesehatan perlu terlebih dahulu mengembalikan berkas klaim ke petugas klaim di RSJ Provinsi Jawa Barat untuk kemudian dikoreksi dan di klaim ulang, yaitu dapat mengganggu perhitungan keuangan RS. Sehingga RS masih harus melakukan pengajuan klaim ulang untuk mendapatkan biaya pengganti pelayanan kesehatan yang telah diterima oleh peserta BPJS Kesehatan. Berdasarkan latarbelakang tersebut penulis bertujuan untuk mengetahui Tinjauan koreksi klaim BPJS rawat jalan untuk menunjang kualitas pengklaiman.

METODE

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif karena peneliti ini bermaksud memberikan gambaran mengenai koreksi klaim rawat jalan guna menunjang kualitas klaim. Kemudian dalam analisisnya penulis mengkaji koreksi klaim rawat jalan dan menggambarkannya dalam bentuk grafik. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Observasi, Wawancara, Dokumentasi, dan Studi Pustaka. Adapun Instrumen yang digunakan yaitu Lembar Checklist, Alat Perkam dan Pedoman Wawancara.

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat pada 9 April 2024. Populasi yang penulis gunakan untuk meneliti koreksi klaim rawat jalan adalah seluruh jumlah berkas koreksi klaim rawat jalan pada bulan Mei - Desember 2023 yang berjumlah 12.284 berkas dan Sampel yang digunakan penulis adalah seluruh jumlah berkas klaim rawat jalan pada bulan Mei - Desember 2023 yang berjumlah 390 berkas.

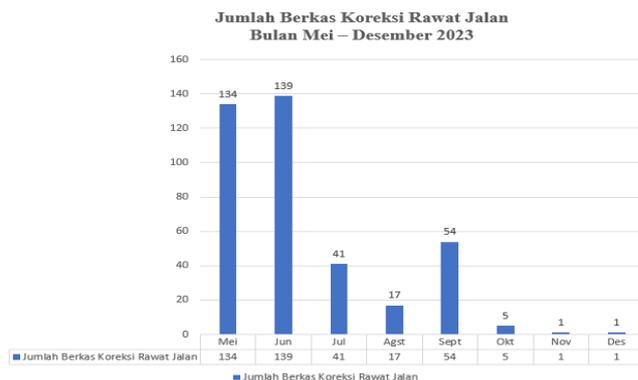
HASIL

Standar Prosedur Operasional (SPO) dan Alur Penanganan Koreksi klaim Rawat Jalan

Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat saat ini belum terdapat Standar Prosedur Operasional (SPO) dan alur tertulis mengenai pelaksanaan koreksi klaim rawat jalan, sehingga tidak ada pedoman terhadap penanganan koreksi klaim pasien rawat jalan. Pada dasarnya Standar Prosedur Operasional (SPO) dan Alur tertulis dalam mengerjakan klaim BPJS sangat diperlukan untuk dapat menghindari kesalahan saat melakukan pekerjaan. Namun petugas klaim bisa menjelaskan alur penanganan koreksi klaim dengan baik walaupun alur tertulisnya belum ada

Gambar Koreksi Klaim Rawat Jalan Guna Menunjang Kualitas Pengklaiman di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat Jumlah Koreksi Klaim Rawat Jalan

Berdasarkan hasil pada gambar 1 diketahui bahwa jumlah seluruh berkas klaim sebanyak 390, adapun berkas klaim yang dikoreksi pada bulan Mei sebanyak 134 berkas, Juni sebanyak 139, Juli sebanyak 41 berkas, Agustus sebanyak 17 berkas, September sebanyak 54, Oktober sebanyak 5 berkas, November 1 berkas, dan bulan Desember 1 berkas. Terlihat yang paling tertinggi terjadi koreksi klaim yaitu pada bulan Juni sebanyak 139 berkas.



Gambar 1 Jumlah Berkas Koreksi Rawat Jalan

Kriteria Koreksi Klaim Rawat Jalan

Berdasarkan hasil penelitian penulis terdapat 390 berkas klaim yang di koreksi dengan menggunakan rumus presentase yaitu $\text{Presentase} = (\text{Jumlah Sampel} / \text{Jumlah Populasi}) \times 100\%$. Penulis dapat mengelompokan kriteria koreksi klaim kedalam 5 kelompok sebagai berikut:

Tabel 1. Kriteria Koreksi Klaim Rawat Jalan

No.	Kriteria Koreksi Klaim	Jumlah	Presentase
1.	Kode ICD 10	237	60,76%
2.	Kode ICD-9	119	30,51%
3.	Konfirmasi koder	27	6,9%
4.	Berkas Lampiran	5	1,28%
5.	Tidak bisa diajukan klaim	2	0,51%

Kualitas Pengklaiman Rawat Jalan

Lengkap

Berkas koreksi klaim BPJS rawat jalan telah memenuhi syarat klaim dan dapat dikirim kembali. Hal ini menunjukkan persyaratan klaim BPJS rawat jalan sudah lengkap.

Tepat Waktu

Tepat waktu yang dimaksud adalah menyampaikan berkas koreksi klaim secara lengkap dan kolektif kepada BPJS Kesehatan sesuai waktu yang ditentukan, yaitu paling lambat 6 bulan sebelum klaim dinyatakan habis masa berlakunya.

Tabel 2. Ketepatan Waktu Pengajuan Klaim Koreksi Mei - Desember 2023

Klaim Bulan	Tanggal Pengajuan Klaim Koreksi	Ketepatan
Mei	9 Juli	Tepat Waktu (≤ 6 Bulan)
Juni	9 Agustus	Tepat Waktu (≤ 6 Bulan)
Juli	9 September	Tepat Waktu (≤ 6 Bulan)
Agustus	9 Oktober	Tepat Waktu (≤ 6 Bulan)
September	10 November	Tepat Waktu (≤ 6 Bulan)
Oktober	10 Desember	Tepat Waktu (≤ 6 Bulan)
November	10 Januari	Tepat Waktu (≤ 6 Bulan)
Desember	10 Maret	Tepat Waktu (≤ 6 Bulan)

Tabel 2 menunjukkan bahwa waktu pengajuan klaim koreksi adalah dari bulan Mei - Desember 2023, dengan waktu pengajuan tidak lebih dari enam bulan.

Sesuai Aturan Klaim

Sesuai aturan klaim, berkas koreksi klaim sudah diserahkan ke BPJS dan tidak ada perbaikan lebih lanjut setelahnya. Hal ini menunjukkan bahwa pengajuan berkas koreksi klaim telah dilakukan sesuai aturan sehingga proses klaim BPJS dapat berjalan dengan lancar.

Permasalahan yang Dialami Rumah Sakit Dalam Penyelesaian Koreksi Klaim Rawat Jalan

Beberapa permasalahan yang dialami Rumah Sakit dalam penyelesaian koreksi klaim, antara lain sebagai berikut:

Keterlambatan dalam mendapatkan data yang harus dikoreksi

Ketidajelasan data yang tertunda

Kurangnya respon cepat dari BPJS

Ketiadaan SPO koreksi klaim rawat jalan

Upaya yang Dilakukan Rumah Sakit Dalam Penyelesaian Koreksi Klaim Rawat Jalan

Beberapa Upaya yang dilakukan Rumah Sakit dalam penyelesaian koreksi klaim, antara lain sebagai berikut:

Mencari tahu berkas klaim yang di koreksi ke pihak BPJS karna dari pihak BPJS tidak memberitahu berkas yang dikoreksi itu apa.

Koordinasi dengan semua bagian yang terkait dalam pelayanan kesehatan mengenai koreksi klaim.

Meningkatkan ketepatan petugas dalam menangani koreksi klaim, sehingga berkas koreksi dapat diselesaikan dengan segera, akurat dan lengkap.

Pemberitahuan kepada perawat dan bagian KLPCM untuk melakukan pengecekan ulang sebelum berkas klaim diserahkan ke bagian klaim BPJS.

PEMBAHASAN

Pelaksanaan SPO Dan Alur Penanganan Koreksi Klaim Rawat Jalan Guna Menujang Kualitas Pengkaiman Rawat Jalan Di RS Jiwa Provinsi Jawa Barat

Standar Prosedur Operasional (SPO) dan Alur Penanganan Koreksi Klaim Rawat Jalan SPO Penanganan Koreksi Klaim

Standar Prosedure Operasional (SPO) adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dilakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana SPO memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi. (Permenkes, SPO, 2007).

Berdasarkan penelitian bahwa Dalam Penanganan koreksi klaim belum adanya SPO yang menunjang sehingga tidak ada pedoman terhadap penanganan koreksi klaim pasien rawat jalan, tetapi tetap dilaksanakannya sesuai dengan alur penanganan koreksi Klaim.

Pada dasarnya Standar Prosedur Operasional (SPO) dan Alur tertulis dalam mengerjakan klaim BPJS sangat diperlukan untuk dapat menghindari kesalahan saat melakukan pekerjaan. Namun petugas klaim RS dapat menjelaskan alur penanganan koreksi klaim dengan baik walaupun alur tertulisnya belum ada.

Alur Penanganan Koreksi Klaim

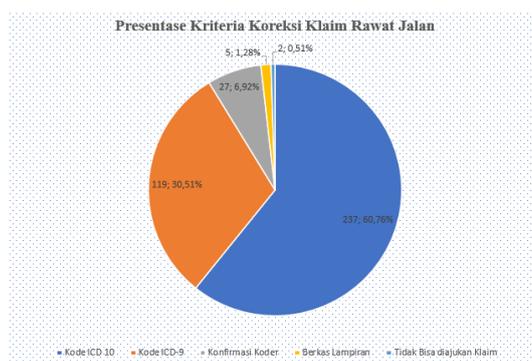
Alur Penanganan koreksi klaim adalah proses urutan penanganan koreksi klaim berdasarkan SPO atau ketentuan yang berlaku. Alur koreksi klaim dimulai dari pengajuan klaim kemudian akan diverifikasi oleh BPJS kemudian jika berkas tidak layak klaim seperti nomor kartu tidak sesuai biasanya dari pihak BPJS akan memberi kesempatan kepada Rumah

sakit untuk memperbaiki dan jika tidak layak klaim seperti mengubah kode makan akan masuk tahap pending dan jika masuk tahap pending. Biasanya dari BPJS akan memberikan beberapa rekomendasi penyelesaian koreksi dan jika klaim setuju atau berkas layak klaim maka dapat dilakukan cetak form pengajuan klaim kemudian dapat diajukan ke kantor cabang dan melakukan pembayaran klaim

Gambar Koreksi Klaim Rawat Jalan Guna Menunjang Kualitas Pengklaiman Jumlah Koreksi Klaim

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas hasil layanan yang diberikan rumah sakit yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan. (Agiwahyunto, Anjani, & Stacey, 2021). Jumlah koreksi klaim merupakan seluruh hasil koreksi klaim yang diterima rumah sakit dari BPJS pada periode tertentu.

Berdasarkan hasil studi dokumentasi koreksi klaim rawat jalan yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) secara keseluruhan dengan menggunakan lembar *checklist*, dari total klaim yang diajukan pada bulan Mei-Desember 2023 sebanyak 12.284, berkas yang dikoreksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) memiliki 390 berkas. Penulis mengelompokan koreksi klaim dalam 5 kriteria koreksi klaim BPJS Rawat Jalan dalam bentuk grafik sebagai berikut:



Gambar 2 Presentase Koreksi Kalim Rawat Jalan

Berdasarkan gambar 2 dapat disimpulkan bahwa koreksi klaim terbesar terdapat pada kode ICD-10 dengan jumlah sebanyak 237 berkas klaim atau sebesar 60,76% dan koreksi klaim terkecil terdapat pada berkas tidak bisa diajukan klaim dengan jumlah sebanyak 2 berkas klaim koreksi atau sebesar 0,51%. Adapun gambaran penerimaan koreksi klaim rawat jalan bulan Mei-Desember 2023 yaitu sebagai berikut:

Kode ICD 10

Kriteria berdasarkan kode ICD 10 pada bulan Mei-Desember tahun 2023 berjumlah 237 berkas klaim koreksi atau sebesar 60,76% dari 390 sampel. Jenis kasusnya antara lain koreksi klaim yaitu 236 kode tidak sesuai (turun satu kelas), 1 bukan APS pasien menolak dirawat dan minta untuk berobat jalan.

Kode ICD-9

Kriteria berdasarkan kode ICD-9CM pada bulan Mei-Desember tahun 2023 berjumlah 119 berkas klaim koreksi atau sebesar 30,51% dari 390 sampel. Jenis kasusnya antara lain berkas klaim koreksi yaitu 27 Konfirmasi tidak da terapi medis, 18 Kode 93.89 dihapus, 14 ganti kode 93.89 tarif turun kelas, 6 kode turun kelas bukan kasus kekhususan dan 54 kode 93.89 diganti.

Konfirmasi Koder

Kriteria berdasarkan konfirmasi koder pada bulan Mei-Desember tahun 2023 berjumlah 27 berkas klaim koreksi atau sebanyak 6,92% dari 390 sampel. Jenis kasusnya antara lain koreksi 27 berkas klaim akan digrouper ulang karena tidak adanya kode prosedur dan terapi medis.

Berkas Lampiran

Kriteria berdasarkan kode berkas lampiran pada bulan Mei-Desember tahun 2023 berjumlah 5 berkas atau sebesar 1,28% dari 390 sampel. Jenis kasusnya yaitu 5 berkas koreksi klaim dilengkapi dengan (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)).

Berkas Tidak Bisa Diajukan

Kriteria berdasarkan kode berkas lampiran pada bulan Mei-Desember tahun 2023 berjumlah 2 berkas atau sebesar 0,51% dari 390 sampel. Jenis kasusnya yaitu 2 berkas koreksi klaim tidak bisa diajukan karena pasiennya di hari yang sama terdaftar di dua rumah sakit yang berbeda.

Kualitas Pengklaiman Rawat Jalan

Menurut Garvin dan Davis menyatakan, bahwa kualitas adalah suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, manusia/tenaga kerja, proses dan tugas, serta lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan. Indikator mutu dalam hal ini mutu/kualitas klaim adalah tidak adanya koreksi klaim, jumlah yang dibayarkan oleh BPJS sesuai dengan jumlah yang diklaim dan koreksi klaim oleh BPJS sebesar 0 koreksi sehingga klaim BPJS dibayar tepat waktu. (Garvin & Davis, 2022) Kualitas pengklaiman rawat jalan merupakan salah satu variabel dalam perumusan kerangka berfikir yang diolah oleh penulis terdapat 3 Indikator yaitu Lengkap, Tepat Waktu, dan Sesuai aturan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan penulis bahwa berkas klaim koreksi bulan Mei-Desember 2023 sebanyak 390 berkas klaim telah lengkap dan sesuai aturan pengklaiman sehingga dapat diajukan kembali tepat waktu dimana waktu pengajuan klaim koreksi tidak lebih dari 6 bulan sebelum dinyatakan kadaluarsa. Menurut Peraturan Menteri kesehatan Tahun 2018 tentang jaminan kesehatan menjelaskan bahwa pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan diberikan, Kemudian jika jangka waktu pengajuan klaim tersebut terlampaui, maka klaim tidak dapat diajukan kembali.

Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang jaminan kesehatan menjelaskan bahwa pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan diberikan. Kemudian jika jangka waktu pengajuan klaim tersebut terlampaui, maka klaim tidak dapat diajukan kembali. (Perpres RI, 2018)

Adapun di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat untuk pengajuan klaim koreksi bulan Mei diselesaikan bulan Juli atau ≤ 6 bulan, waktu pengajuan klaim koreksi bulan Juni diselesaikan bulan Agustus atau ≤ 6 bulan, waktu pengajuan klaim koreksi bulan Juli diselesaikan bulan Oktober atau ≤ 6 bulan, waktu pengajuan klaim koreksi bulan Agustus diselesaikan bulan Desember atau ≤ 6 bulan, waktu pengajuan klaim koreksi bulan September diselesaikan bulan November atau ≤ 6 bulan, waktu pengajuan klaim koreksi bulan Oktober diselesaikan Desember atau ≤ 6 bulan, waktu pengajuan klaim koreksi November diselesaikan bulan Januari atau ≤ 6 bulan, waktu pengajuan klaim koreksi Desember diselesaikan bulan Maret atau ≤ 6 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa koreksi klaim dapat diselesaikan atau dikerjakan tepat waktu oleh petugas klaim PBJRS Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat.

Permasalahan yang Dialami Rumah Sakit Dalam Menyelesaikan Koreksi Klaim Rawat Jalan

Penyebab koreksi klaim disuatu rumah sakit dapat disebabkan karena beberapa hal yaitu berkas tidak lengkap, kurang lengkapnya coding, kurang pemeriksaan penunjang, dan kurangnya Evident terapi yang mengganggu kualitas dalam pengaliman suatu kasus. (Maulida & Djunawan, 2022) Berdasarkan wawancara, pengklaiman BPJS rawat jalan masih terdapat beberapa permasalahan dalam penyelesaian koreksi klaim, antara lain sebagai berikut:

Keterlambatan Dalam Mendapatkan Data yang Harus Dikoreksi

Terjadi keterlambatan dalam penerimaan data yang perlu dikoreksi dari BPJS oleh pihak rumah sakit. Hal ini berakibat pada terhambatnya proses koreksi klaim dan pencairan dana klaim

Ketidakjelasan Data yang Tertunda

Petugas pengklaiman BPJS di rumah sakit seringkali tidak mendapatkan informasi yang jelas mengenai alasan penundaan klaim dari BPJS. Ketidakjelasan informasi ini membuat mereka kesulitan untuk melakukan koreksi yang diperlukan.

Kurangnya Respon Cepat Dari BPJS

Rumah sakit seringkali kesulitan untuk mendapatkan respon cepat dari BPJS ketika mereka membutuhkan klarifikasi terkait dengan data klaim yang ditunda.

Ketiadaan SPO Koreksi Klaim Rawat Jalan

Rumah sakit tidak memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) yang jelas untuk proses koreksi klaim rawat jalan. Ketiadaan SPO ini dapat menyebabkan beberapa masalah, seperti: Ketidakteraturan proses koreksi: Proses koreksi klaim mungkin tidak seragam di semua rumah sakit, sehingga dapat menimbulkan kebingungan dan inefisiensi.

Potensi kesalahan: Kurangnya standarisasi dalam proses koreksi klaim dapat meningkatkan potensi terjadinya kesalahan.

Kesulitan pemantauan: Sulit untuk memantau dan mengevaluasi efektivitas proses koreksi klaim tanpa adanya SPO yang jelas.

Upaya yang dilakukan Rumah Sakit Dalam Penyelesaian Koreksi Klaim Rawat Jalan

Mencari tahu berkas klaim yang di koreksi ke pihak BPJS karna dari pihak BPJS tidak memberitahu berkas yang dikoreksi itu apa

Koordinasi dengan semua bagian yang terkait dalam pelayanan kesehatan mengenai koreksi klaim

Meningkatkan ketepatan petugas dalam menangani koreksi klaim, sehingga berkas koreksi dapat diselesaikan dengan segera, akurat dan lengkap.

Pemberitahuan kepada perawat dan bagian KLPCM untuk melakukan pengecekan ulang sebelum berkas klaim diserahkan ke bagian klaim BPJS.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat, dapat disimpulkan beberapa hal berikut: Belum terdapat Standar Prosedur Operasional (SPO) dan alur tertulis mengenai pelaksanaan koreksi klaim rawat jalan. Hal ini menyebabkan ketidakteraturan dalam proses koreksi klaim dan berpotensi menimbulkan kesalahan. Jumlah koreksi klaim rawat jalan tergolong tinggi. Pada periode Mei-Desember 2023,

terdapat 12.284 berkas pengajuan klaim dengan terdapat 390 berkas klaim yang dikoreksi, dengan kriteria koreksi terbanyak adalah kode ICD 10 237 atau sebanyak (60,76%). Kualitas pengklaiman rawat jalan sudah baik. Berkas klaim koreksi telah lengkap, tepat waktu, dan sesuai dengan aturan. Rumah sakit mengalami beberapa kendala dalam menyelesaikan koreksi klaim rawat jalan, antara lain: Keterlambatan dalam mendapatkan data yang harus dikoreksi dari BPJS. Ketidakjelasan data yang tertunda. Kurangnya respon cepat dari BPJS. Ketiadaan SPO koreksi klaim rawat jalan. Rumah sakit telah melakukan beberapa upaya untuk menyelesaikan koreksi klaim rawat jalan, antara lain: Mencari tahu berkas klaim yang di koreksi ke pihak BPJS karna dari pihak BPJS tidak memberitahu berkas yang dikoreksi itu apa. Koordinasi dengan semua bagian yang terkait dalam pelayanan kesehatan mengenai koreksi klaim. Meningkatkan ketepatan petugas dalam menangani koreksi klaim, sehingga berkas koreksi dapat diselesaikan dengan segera, akurat dan lengkap. Pemberitahuan kepada perawat dan bagian KLPCM untuk melakukan pengecekan ulang sebelum berkas klaim diserahkan ke bagian klaim BPJS.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih atas dukungan, inspirasi dan bantuan kepada semua pihak dalam membantu peneliti menyelesaikan penelitian ini, termasuk pada peserta yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian hingga selesai.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, F., Anjani, S., & Stacey, S. C. (2021). Tinjauan Penyebab Pengembalian berkas Klaim BPJS Kesehatan Intalasi Rawat Jalan Kasus Fisioterapi. *Jurnal Ilmia Kesehatan Unitiri*, 3.
- Aridtya, A. (Maret 2021). Aspek Permasalahan Klaim. *BA Kesepakatan 2019 dan 2023 Panduan Pelaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA CBG's*, s. 2.
- Garvin, & Davis. (den Rabu November 2022). Kualitas. *Definisi Kualitas menurut para ahli*, s. <https://bakri.uma.ac.id>.
- Kemendes, R. (2016). *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci*. Jakarta.
- Manaida, R. J., & Crace D. Kandou, D. A. (2017). Klaim BPJS. *Prosedur Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan*, 2.
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Unirversitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 6.
- Peraturan, B. (Desember 2018). Penyajuan klaim . *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tentang pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*, ss. <https://peraturan.go.id/files/bn1712-2018>.
- Permenkes. (2007). SPO. *Peraturan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran*.
- Permenkes. (2020). Rumah Sakit. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*, 3.
- Permenkes. (2021). Jaminan Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Perpres. (2020). Jaminan Kesehatan. *Peraturan Presiden RI No. 64 Tahun 2020 Tentang Jaminan Kesehatan*.

- Perpres RI. (2018). Jaminan Kesehatan. *Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.*
- Perpu. (2011). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Unsanf-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.*
- Perpu. (2011). BPJS. *Unsanf-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.*
- UU, R. (2023). Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Kesehatan, 2.*