

CAUSES OF RETURNING CLAIM FOR BPJS INPATIENT SERVICE: A CASE STUDY OF SURYA HUSADA PUBLIC HOSPITAL IN DENPASAR

Penyebab Pengembalian Klaim Pasien Rawat Inap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Surya Husada Denpasar

Maria Alfira Juita Fir¹, Ni Kadek Yunita Sari², Rai Riska Resty Wasita³

^{1,2,3} Prodi Perkam dan Informasi Kesehatan, Universitas Dhyana Pura, Bali, Indonesia

(*) Corresponding Author: riskaresty@undhirabali.ac.id

Article info

<p>Keywords: BPJS, JKN, Returns, Medical Records</p>	<p>Abstract <i>BPJS Kesehatan is the submission of BPJS patients during inpatient care and getting it reimbursed under the tariff (INA-CBG'S). During the verification process of claiming documents, it was still founded incomplete that cause of document returned by BPJS Kesehatan at Surya Husada Public Hospital. This research uses the qualitative method through picture and object description. A total of 94 inpatients claimed documents as samples used that were returned by BPJS Kesehatan from June to August 2021. The research instruments using checklist, interview, and Triangulation analysis for its data analysis. This study resulted that there was an incomplete return of claims, such as 30 (32%) completed and 64 (68%) were incomplete medical resumes, 38 (41%) appropriate supporting examinations as many as 38 (41%) and inappropriate is 56 (59%). The causes of medical resume incompleteness because the clinical coding face difficulties to determining the diagnosis. The DPJP has determine its own diagnosis that commonly is used even sometimes lack of supporting data, and clerk input the diagnosed to prevent rejection of claims due to limitation of claim filing deadline. Besides that, it's due to difference perception between hospital verifiers and BPJS Kesehatan verifiers. The cause of incompleteness of supporting examination is because clerks does not know if the examination result must be input and attached as supporting data for the diagnosis given to the patient.</i></p>
<p>Kata kunci: JKN, BPJS, Pengembalian, Rekam Medis</p>	<p>Abstrak <i>Klaim BPJS Kesehatan adalah pengajuan biaya perawatan pasien BPJS selama pasien di rawat dan mendapatkan penggantian biaya sesuai dengan tarif (INA-CBG'S). Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yaitu membuat gambaran atau deskripsi tentang objek yang diteliti. Instrumen penelitian menggunakan checklist dan wawancara. Analisis data menggunakan analisis Triangulasi. Hasil penelitian yang diperoleh gambaran ketidaklengkapan</i></p>

pengembalian klaim yaitu, terdapat Resume Medis yang lengkap sebanyak 30 (32%) dan yang tidak lengkap sebanyak 64 (68%) dan pemeriksaan penunjang yang sesuai sebanyak 38 (41%) dan yang tidak sesuai sebanyak 56 (59%). Penyebab ketidaklengkapan resume medis adalah petugas coding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena DPJP sudah menentukan diagnosa sendiri yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu meskipun kadang tidak ada data pendukung, dan petugas input tetap memasukkan diagnosa tersebut untuk mencegah penolakan klaim karena adanya batas pengajuan berkas klaim, dan ada juga karena perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan.

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan salah satu upaya pembangunan kesehatan guna terwujudnya kesehatan di masyarakat yang terorganisasi melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana prasarana kedokteran yang permanen yang menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien. (Hatta, 2014).

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, 2008). Tujuan utama rekam medis itu sendiri adalah membantu dokter memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas kepada pasien. Rekam medis dikatakan berkualitas apabila rekam medis tersebut akurat, lengkap, dapat dipercaya, valid, dan tepat waktu (Hatta, 2014).

Berdasarkan laporan pengembalian hasil verifikasi klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada bulan Juni-Agustus tahun 2021 yang *dipending* di Rumah Sakit Umum Surya Husada Denpasar. Peneliti menemukan dari total pasien BPJS Rawat Inap Bulan Juni-Agustus tahun 2021 sebanyak 94 rekam medis dan yang dikembalikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan ke bagian rekam medis sebesar 64 atau 68% rekam medis dari ketidaksesuaian resume medis karena 12 atau 19% dari 64 rekam medis karena diagnosis tidak tepat, 30 atau 47 % dari 64 rekam medis karena kode diagnosa tidak tepat dan tidak sesuai dan 26 atau 41% dari 64 rekam medis karena nama dan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) tidak terisi dengan 56 atau 59% dari 94 rekam medis karena hasil pemeriksaan penunjang tidak dilengkapi. Penelitian ini memfokuskan pada dua item syarat pengajuan klaim karena prosentasi tertinggi pada pengembalian klaim di RSUD Surya Husada terdapat pada resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang. Pada kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap, ketidaklengkapan resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang akan berhubungan dengan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap peserta badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan dengan pengembalian klaim di Rumah Sakit Umum Surya Husada Denpasar.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yaitu untuk melihat penyebab pengembalian berkas klaim pasien rawat inap. Sampel yang digunakan sebanyak 94 berkas klaim pasien rawat inap yang dikembalikan pada periode Juni-Agustus 2021. Instrumen penelitian menggunakan checklist dan pedoman wawancara. Analisis data menggunakan analisis tematik dan untuk keabsahan data menggunakan metode triangulasi data.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Informan

Peneliti menggunakan *checklist* untuk mengumpulkan data berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan yang dikembalikan dan melakukan wawancara langsung kepada seorang Kepala Rekam Medis dan 3 orang perawat untuk mengetahui penyebab pengembalian klaim di RSUD Surya Husada Denpasar.

Tabel 1. Karakteristik Informan

Kode	Pendidikan Akhir	Unit Kerja	Lama Berkerja
I1	S.Kom	Rekam Medis	10 Tahun
I2	S.Kep Ners	Rawat Inap	10 Tahun
I3	S.Kep	Rawat Inap	11 Tahun
I4	S.Kep	Rawat Inap	8 Tahun

Ket: I: Informan

Gambaran Ketidaklengkapan Resume Medis Dan Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan Di RSUD Surya Husada Denpasar

Dari hasil observasi dengan menggunakan *checklist* pada 94 berkas klaim pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan yang dikembalikan bulan Juni-Agustus 2021 oleh BPJS Kesehatan diperoleh gambaran yaitu, terdapat Resume Medis yang lengkap sebanyak 30 (32%) dan yang tidak lengkap sebanyak 64 (68%) dan pemeriksaan penunjang yang sesuai sebanyak 38 (41%) dan yang tidak sesuai sebanyak 56 (59%).

Dari hasil observasi dengan menggunakan *checklis* pada 64 resume medis pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan yang tidak lengkap sebagai berikut:

Tabel 2. Gambaran Penyebab Ketidaklengkapan Resume Medis Pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan di RSUD Surya Husada Denpasar

Penyebab Ketidaklengkapan Resume Medis Pada Berkas Klaim Pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Presentase	Presentase	Presentase	Presentase
Diagnosa	52	81%	12	19%
Kode Diagnosa	34	53%	30	47%
Nama & Tanda Tangan DPJP	38	59%	26	41%

Dari hasil observasi dengan menggunakan *checklist* pada 56 hasil pemeriksaan penunjang medis pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan yang tidak sesuai pada bulan Juni-Agustus 2021 didapatkan beberapa penyebab ketidaklengkapannya sebagai berikut:

Tabel 3.
Gambaran Penyebab Ketidaklengkapan Hasil pemeriksaan Penunjang Pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan di RSUD Surya Husada Denpasar

Penyebab Ketidaklengkapan Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Lengkap	Presentase	Tidak Lengkap	Presentase
Hasil Pemeriksaan Rontgen	22	39%	34	61%
Hasil Pemeriksaan Darah dan Urine Lengkap	30	53%	26	47%
Identitas Pasien	38	67%	18	33%

Berdasarkan penelitian mengenai pengembalian klaim mengatakan bahwa kurang telitnya para pegawai yang mengurus koding dan pemberkasan dari berkas klaim. Selain itu adanya perbedaan persepsi antara petugas koding dengan verifikator BPJS Kesehatan tentang koding berkas yang diajukan. Sedangkan ada beberapa DPJP yang mempunyai koding yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu karena sudah diketahui besaran nilainya dan meminta case manager untuk mengisi kode diagnosa yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit. Hal ini menyebabkan tidak lolos verifikasi karena verifikator BPJS berhak untuk menilai kode yang sesuai dengan diagnosa dan tindakan yang dilakukan oleh DPJP. Kejadian seperti ini membuat unit penjaminan harus berkoordinasi dengan DPJP dalam pengkodean ulang sehingga klaim bisa terbayarkan.

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan peneliti mengenai permasalahan klaim di RSUD Surya Husada ditemukan dua tema dengan jumlah pengembalian klaim BPJS tertinggi yang akan dibahas, berikut dua tema utama yang akan dibahas dalam penelitian ini:

1. Ketidaklengkapan Resume Medis
 - a. Ketidaklengkapan Diagnosa
 - b. Ketidaksesuaian Kode Diagnosa
 - c. Ketidaklengkapan Nama dan Tanda Tangan DPJP
2. Ketidaklengkapan Pemeriksaan Penunjang

Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Resume Medis Pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan di RSUD Surya Husada Denpasar

Ketidaklengkapan Diagnosa

Diagnosa dan tindakan digunakan di rumah sakit untuk aspek keuangan rumah sakit. Menurut kamus saku kedokteran Dorland, diagnosa adalah penentuan sifat penyakit atau membedakan satu penyakit dengan yang lainnya. Sedangkan menurut permenkes

Nomor 290/MENKES/PER/2008, ditetapkan bahwa tindakan kedokteran/ kedokteran gigi yang selanjutnya disebut tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostik, terapeutik, atau rehabilitatif yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan menilai aspek ketidaklengkapan diagnosa kepada 3 orang informan yang merupakan petugas rawat inap. Pada pertanyaan mengenai penyebab ketidaklengkapan item diagnosa pada item resume medis pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan mengatakan sebagai berikut.

“Dokternya lupa untuk menuliskan diagnosa” (I4)

“Biasanya karena diagnosa yang dokter tulis itu tidak bisa dibaca oleh verifikasi BPJS. Ini menyebabkan berkas dikembalikan karena dianggap tidak lengkap” (I2)

“Pengembalian berkas klaim rawat inap dikarenakan diagnosa yang dituliskan dan kode diagnose yang diberikan tidak cocok dan memerlukan kelengkapan berkas pendukung untuk mendukung antara diagnosa, tindakan dan kode diagnosanya biar cocok. Dari rumah sakit sudah mengajukan diagnosa sesuai dengan keadaan pasien, tapi dari BPJSnya punya patokan sendiri untuk menentukan sesuai atau tidaknya” (I3)

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti peroleh dari informan 4 diketahui masih terdapat ketidaklengkapan diagnosa penyakit disebabkan oleh dokter yang lupa mengisi diagnosa penyakit pasien selepas memberi pelayanan. Hal ini didukung yang menyebutkan jika ketidaklengkapan diagnosa disebabkan oleh diagnosa yang dituliskan dokter tidak sesuai dengan keluhan pasien saat datang berobat dan ditambah lagi dokter tidak jelas dalam menuliskan diagnosa dan diagnosa tidak seluruhnya ditulis oleh dokter. Hal ini juga disampaikan oleh informan 2 yang mengatakan jika ketidaklengkapan diagnosa penyakit disebabkan oleh penulisan diagnosa yang tidak jelas oleh dokter dan tidak terbaca oleh verifikasi BPJS Kesehatan. Hal ini didukung yang menyebutkan jika penyebab ketidaklengkapan diagnosa klaim yang diajukan karena adanya diagnosa yang tidak sesuai dengan standar pemeriksaan penunjang diagnosa. Penelitian dilakukan menemukan bahwa kurang telitnya para pegawai yang mengurus coding dan pemberkasan dari berkas klaim.

Diagnosis yang terdapat dalam rekam medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada ICD-10. Dalam Permenkes Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 pasal 1 ayat 6 dinyatakan bahwa catatan medis adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan dan pasal 2 ayat 1 menyebutkan rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.

Ketidaksesuaian Kode Diagnosa

Ketepatan kode diagnosa merupakan penetapan kode diagnosa yang sesuai dengan ICD-10 sebagai sistem klasifikasi penyakit yang digunakan di Indonesia. Koding diagnosis harus dilaksanakan dengan presisi (sesuai dengan aturan ICD-10), akurat (sesuai dengan proses hasil akhir produk) dan tepat waktu (sesuai dengan episode pelayanan). Maka untuk

pengkodean diagnosis perlu memperhatikan kaidah atau langkah-langkah pengkodean ICD-10.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan menilai aspek ketidaklengkapan kode diagnosa kepada 3 orang informan yang merupakan petugas rawat inap. Pada pertanyaan 2 mengenai penyebab ketidaklengkapan item kode diagnosa pada item resume medis pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan mengatakan jika ketidaklengkapan kode tindakan disebabkan prosedur tindakan yang tidak sesuai membuat petugas kesulitan dan keliru menentukan kode tindakan.

“Kode ini kan harus sesuai dengan diagnosa yang dikasi pasien, jika diagnosa tidak lengkap maka kode juga nanti salah dan tidak lengkap” (I2)

“Dokternya tidak jelas menuliskan diagnosa, makanya sulit untuk menentukan kodenya” (I4)

“Karena diagnose yang diberikan tidak cocok jadinya petugas salah untuk mengkoding. Nanti jadinya diketerangannya klaim dikeembalikan karena ketidaklengkapan diagnose dan kode diagnose. Tetapi sejauh ini kode telah diisi sesuai dengan arahan dari BPJS dan sesuai ICD10. Tapi kode sudah diisi sesuai panduan BPJS dan ICD 10” (I3)

Hasil kutipan responden menyatakan bahwa pada item ketidaklengkapan diagnosa dalam item resume medis menyampaikan jika ketidaklengkapan kode diagnosa penyakit disebabkan oleh dokter yang tidak mengisi diagnosa dengan tepat sehingga sulit dalam penentuan kode diagnosa yang sesuai dengan penyakit pasien selepas memberi pelayanan. Hal ini didukung jika tidak dituliskannya diagnosa dan tindakan secara lengkap pada rekam medis yang mengakibatkan kode tidak akurat. Hasil wawancara dengan informan 2 mengatakan jika ketidaklengkapan kode diagnosa disebabkan oleh perbedaan kode diagnosa yang ditentukan oleh pihak RS dan pihak BPJS sehingga membutuhkan kode diagnosa yang tepat. Hasil wawancara dengan 3 informan mengatakan jika ketidaklengkapan kode tindakan disebabkan prosedur tindakan yang tidak sesuai membuat petugas kesulitan dan keliru menentukan kode tindakan.

Menurut penelitian yang dilakukan jika kode diagnosa yang dihasilkan harus akurat dan tepat sesuai diagnosis dan tindakan yang diberikan pada pasien. Selain itu adanya perbedaan persepsi antara petugas koding dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tentang koding berkas yang diajukan. Sedangkan penelitian menemukan bahwa ada beberapa Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang mempunyai koding yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu karena sudah diketahui besaran nilainya dan meminta case manager untuk mengisi kode diagnosa yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit.

Koder yang mengkoding diagnosa dan tindakan yang dilihat dari surat keterangan bukti pelayanan dinyatakan tidak sesuai maka berkas klaim akan dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan karena dinilai terlalu upcoding sebab tidak ada berkas pendukung seperti hasil penunjang yang mendukung dokter memberikan diagnosa tersebut.

Ketidaksesuaian mengenai ketentuan koding penyakit merupakan salah satu potensi kecurangan (fraud). Hal tersebut sesuai dengan Permenkes Nomor 3 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosisal Nasional disebutkan mengenai kode prosedur yang berlebihan atau upcoding merupakan pengubahan kode diagnosa dan atau prosedur menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi merupakan salah satu tindakan kecurangan Jaminan Kesehatan Nasional.

Ketidaklengkapan Nama dan Tanda Tangan DPJP

Resume medis merupakan ringkasan kegiatan pelayanan medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan khususnya dokter selama pasien dalam perawatan sampai pasien keluar dalam keadaan hidup maupun meninggal (Depkes, 2006). Isi dari resume medis yaitu diagnose masuk, indikasi pasien dirawat, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang, diagnose akhir, tindak lanjut, pengobatan, nama dokter, dan tanda tangan DPJP (Permenkes, 2008). Salah satu dari resume medis yang tidak diisi dengan lengkap maka akan dinyatakan ketidaklengkapan resume medis.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan menilai aspek ketidaklengkapan diagnosa kepada 3 orang informan yang merupakan petugas rawat inap. Pada pertanyaan 3 mengenai penyebab ketidaklengkapan item kode diagnosa pada item resume medis pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan mengatakan jika ketidaklengkapan nama dan tanda tangan DPJP disebabkan oleh Kesibukan aktivitas dokter yang fokus melayani banyak pasien

“Aktivitas dokter yang melayani banyak pasien yang mungkin menyebabkan gak lengkapnya nama dan tanda tangan dokter. Tapi kita ingatkan kembali jika dokter belum memberi nama dan tanda tangannya” (I3)

“Waktu untuk mengisi tanda tangan dan nama dokter yang sedikit sedangkan antrean pasien menumpuk diluar. Dokter juga sering kelupaan dan akhirnya melimpahkan pengisian surat keterangan bukti pelayanan pada perawat” (I4)

“Itu karena dokter nya sudah harus ada di tempat praktek lain dik, makanya sering lupa diisi” (I2)

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti peroleh dari informan 3 yang mengatakan jika ketidaklengkapan nama dan tanda tangan DPJP disebabkan oleh kesibukan aktivitas dokter yang fokus melayani banyak pasien. Penelitian yang dilakukan mendukung hal ini dengan menyebutkan jika aktiitas kerja dokter yang tinggi disebabkan oleh beberapa hal diantaranya menangani pasien di ruang rawat inap juga di poliklinik dan setiap hari dokter masih membuka praktik di klinik pribadi dan ditambah lagi pengisian dokumen rekam medis yang harus diisi terlalu banyak.

Hasil wawancara dengan 3 informan yang mengatakan jika ketidaklengkapan nama dan tanda tangan DPJP disebabkan oleh waktu untuk mengisi tanda tangan dan nama dokter yang tebatas sedangkan antrean pasien menumpuk diluar. Hal ini didukung oleh penelitian yang menyebutkan jika ketidaklengkapan nama dan tanda tangan DPJP

dikarenakan beberapa dokter spesialis suka menumpuk pasien dan tidak dibuat rekam medisnya dan DPJP biasanya mempunyai pasien banyak di ruangan sehingga kelelahan dalam menulis dan tidak bisa fokus untuk melengkapi form. Hasil wawancara dengan informan 2 mengatakan jika ketidaklengkapan nama dan tanda tangan DPJP disebabkan oleh Dokter lupa memberi tanda tangan dan akhirnya melimpahkan pengisian Surat Keterangan Bukti Pelayanan pada perawat.

Sesuai dengan UU RI No. 29 tahun 2004 yang menyatakan setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan maka nama dan tanda tangan DPJP adalah hal mutlak yang harus ada dalam Surat Keterangan Bukti Pelayanan.

Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pemeriksaan Penunjang Pasien Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan di RSUD Surya Husada Denpasar

Penujang medis adalah dokumen pendukung yang dijadikan bukti dalam pemeriksaan pelayanan diagnostik dan terapeutik yang telah dilakukan dokter. Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam mengajukan klaim pada verifikator BPJS Kesehatan memenuhi syarat. Biaya pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA-CBG's yang telah ditetapkan dalam Permenkes Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan.

Dari hasil wawancara pada 3 informan mengatakan jika ketidaklengkapan laporan pemeriksaan penunjang medis disebabkan oleh tidak ditulisnya kebutuhan pasien melakukan pemeriksaan penunjang sehingga petugas lupa untuk memasukkan hasil laporan pemeriksaan penunjang ke dalam berkas yang diajukan. Hal ini disampaikan oleh informan 1 yang mengatakan:

"Tidak dilampirkan hasil pemeriksaan penunjangnya, karena petugas mungkin tidak tau harus ada laporan penunjangnya" (I3)

"Hasil lab kan tidak langsung jadi ya, harus ditunggu beberapa hari untuk jadinya. Makanya jadi terlambat diserahkan" (I2)

Berdasarkan hasil wawancara pada 3 informan mengatakan jika ketidaklengkapan laporan pemeriksaan penunjang medis disebabkan oleh tidak ditulisnya kebutuhan pasien melakukan pemeriksaan penunjang sehingga petugas lupa untuk memasukkan hasil laporan pemeriksaan penunjang ke dalam berkas yang diajukan. Menurut hasil penelitian yang menyebutkan jika ketidaklengkapan laporan penunjang medis disebabkan tidak dilampirkannya lembar laporan penunjang pada berkas syarat pengajuan Klaim BPJS pasien rawat inap, dan juga ditemukan kasus diagnosis pada tindakan atau prosedur yang memerlukan laporan penunjang sehingga pihak verifikator BPJS meminta kelengkapan dengan pengembalian klaim BPJS.

Hasil wawancara dengan informan 2 mengatakan jika ketidaklengkapan bukti pelayanan lain disebabkan oleh Petugas terlambat menyerahkan hasil pemeriksaan penunjang. Hal ini didukung oleh penelitian yang menyebutkan jika pembuatan laporan

penunjang oleh petugas dibagian terkait sesuai dengan permintaan dokter yang merawat pasien. Hasil penunjang medis pendukung penegakkan diagnosis yang harus ada karena sebagai data pendukung dalam proses penentuan diagnosa sebagai dasar dalam penentuan tarif yang harus dibayar. Ketidaklengkapan hasil penunjang medis dikarenakan hasil pemeriksaan penunjang medis membutuhkan waktu untuk jadi.

Sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim 2014 apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi. Pengecekan ulang yang tidak dilakukan tersebut belum sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan 2014 yaitu petugas harus memastikan data yang diinput ke dalam INACBG's dengan berkas pendukung yang ada.

SIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini dibagi menjadi 3 yaitu;

1. Gambaran ketidaklengkapan/ketidaksesuaian dalam pengisian berkas klaim yaitu pada resume medis dengan jumlah ketidaklengkapan sebanyak 64 dengan presentase 68% dan pada hasil pemeriksaan penunjang sebanyak 56 dengan presentase 59% dari 94 berkas klaim yang dikembalikan.
2. Penyebab ketidaklengkapan resume medis adalah petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena DPJP sudah menentukan diagnosa sendiri yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu meskipun kadang tidak ada data pendukung, dan petugas input tetap memasukkan diagnosa tersebut untuk mencegah penolakan klaim karena adanya batas pengajuan berkas klaim, dan ada juga karena perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan.
3. Penyebab ketidaklengkapan pemeriksaan penunjang adalah karena petugas tidak mengetahui jika harus memasukan atau melampirkan hasil pemeriksaan penunjang sebagai data dukung untuk diagnosa yang diberikan terhadap pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Artanto, A. (2018). *Factors Causes of Claim Delayed Health BPJS Dr. Kanujoso Djatiwibowo Period January -*. Jurnal ARSI.

Buku Pedoman BPJS, 2014. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pedoman Pelaksanaan Panduan Praktis Pelayanan BPJS Kesehatan*. Jakarta.

Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggara dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik.

Hatta, Gemala R. 2014. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.

Irmawati, Kristijono. A., Susanto. E., Belia. Y. 2018. *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A*

Megawati, L., Pratiwi. R. D. 2016. *Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Jurnal Kesehatan Vokasional*.Vol. 1 No 1. Universitas Gadjah Mada.

Mutia, O. T., 2017. *Analisis Faktor Penyebab dan Dampak dari Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap Oleh Verifikator di RSU PKU Muhammadiyah Bantul*. Yogyakarta. UGM

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014. *Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 59 Tahun 2014. *Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program JKN*.

Putri, A. Eka, 2014 *Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)*, Jakrata

Siswati, Pratami Selvy Lindu. 2015. *Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa dan Tindakan Terhadap Persetujuan Klaim BPJS. Jurnal INOHIM*, 52-60.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2010 *tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI.