

Factors that Affect the Insurance Claim Process for BPJS Inpatient at Prima Medika Hospital Denpasar

Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Klaim Asuransi Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Prima Medika Denpasar

Komang Trisna Dewi Mariyani¹, Nyoman Suarjana^{2*}, Dylla Hanggaeni Dyah Puspaningrum³

^{1,2,3} Perakam dan informasi Kesehatan, Universitas Dhyana Pura, Bali, Indonesia

(*) Corresponding Author: nyomansuarjana794@yahoo.com

Article info

Keywords:

BPJS, Insurance Claim Factors, Inpatients, Medika Hospital

Abstract

JKN claim is the submission of patient care costs for JKN health participants, carried out collectively and billed to BPJS every month. The population in this study was the entire staff of Prima Medika Hospital which amounted to 567 people and the sample used in this study was 5 health workers. Based on preliminary data conducted in October 2021 at Prima Medika Hospital Denpasar, BPJS patients from January to June 2021 amounted to 950 inpatients and as many as 657 claims submitted to BPJS officers. It can be concluded that the factors that affect the insurance claim process for inpatient BPJS patients at Prima Medika Hospital Denpasar are seen in terms of the completeness of documents such as hospitalization orders, Participant Eligibility Letters, medical resumes, payment billing and supporting examinations because these documents will be carried out within 14 days in the file verification process. If there are files that are not completed, it can hamper the verification process and payment process. This happens because there are obstacles for medical record officers, especially in section Casemix in the BPJS patient coding process is to choose ICD X and ICD IX codes that match each patient's medical resume. In addition, in the process of inputting medical record data, JKN patients also experience problems due to double medical records when inputting medical record data. This means that the process of completing the inpatient BPJS claim file has not been carried out optimally, so that BPJS claims are still found to be returned in the inpatient BPJS verification process.

Kata kunci:

BPJS, Faktor Klaim Asuransi, Pasien Rawat Inap, Rumah Sakit Medika

Abstrak

Klaim JKN adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta JKN kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan pada pihak BPJS tiap bulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh staf Rumah Sakit Prima Medika yang berjumlah 567 orang dan Sample yang digunakan dalam penelitian ini adalah 5 petugas kesehatan. Berdasarkan data awal yang dilakukan pada bulan Oktober 2021 di RS Prima Medika Denpasar, pasien BPJS pada bulan Januari sampai Juni 2021 berjumlah 950 pasien rawat inap dan sebanyak 657 klaim yang diajukan kepada petugas BPJS. Dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi proses klaim asuransi pasien BPJS rawat inap di RS Prima Medika Denpasar dilihat dari segi kelengkapan dokumen seperti surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta, resume medis, billing pembayaran dan pemeriksaan

penunjang karena dokumen-dokumen tersebut dalam waktu 14 hari akan di lakukan proses verifikasi berkas. Jika ada berkas yang tidak dilengkapi maka dapat menghambat proses verifikasi dan proses pembayaran. Hal ini terjadi karena ada kendala pada petugas rekam medis terutama pada bagian Casemix dalam proses koding pasien BPJS adalah memilih kode ICD X dan ICD IX yang sesuai dengan resume medis setiap pasien. Selain itu pada proses input data rekam medis pasien JKN juga mengalami kendala yang dikarenakan ada double rekam medis pada saat melakukan input data rekam medis. Hal ini berarti bahwa pada proses melengkapi berkas klaim BPJS pasien rawat inap belum dilakukan secara maksimal, sehingga masih ditemukan klaim BPJS yang dikembalikan pada proses verifikasi BPJS pasien rawat inap.

PENDAHULUAN

Undang – undang Nomor 24 Tahun 2011 pasal 1 tentang BPJS menyatakan bahwa Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan Jaminan Sosial. Hal ini mempunyai dampak perubahan pembayaran klaim BPJS Kesehatan yang dibayarkan dengan sistem tarif Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) dan diluar tarif Indonesia *CaseBase Groups* (INA-CBG's) (Kemenkes, 2014). Dengan sistem tersebut rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien dan keluarganya.

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi semua lapisan masyarakat. Kesehatan merupakan pangkal dari kesejahteraan. Dengan keadaansejahtera maka kita bisa melakukan segala macam aktivitas yang kita inginkan dan membuat hidup kita lebih produktif. Peningkatan kesehatan masyarakat harus sejalan dengan meningkatnya kualitas pelayanan masyarakat di rumah sakit, puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya. Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat (KepMenkes No.129, 2008).

Menurut Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat disebutkan bahwa apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item SEP (Surat Eligibilitas Peserta), Surat Rujukan Faskes I, Resume Medis, Laporan Operasi, Billing Pembayaran, dan Hasil Pemeriksaan penunjang tidak diisi dengan lengkap pada berkas klaim BPJS Kesehatan akan berakibat pada keberhasilan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Persyaratan berkas klaim pasien rawat inap terdiri dari dua persyaratan yaitu persyaratan administrasi dan persyaratan klinis. Persyaratan administrasi terdiri dari SEP, resume medis, surat perintah rawat inap, laporan tindakan, hasil pemeriksaan penunjang dan *billing*. Persyaratan klinis terdiri dari surat perintah rawat inap, SEP, resume medis dan bukti pendukung lainnya pada kasus-kasus tertentu. Dalam proses penagihan klaim penagihan tidak langsung ke pemerintah tetapi diserahkan kepada pihak BPJS Kesehatan. Pengajuan pembiayaan dibutuhkan untuk persyaratan klaim yang diajukan kepada verifikator.

Klaim JKN adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan pada pihak BPJS tiap bulannya. Fasilitas kesehatan rumah sakit, berkewajiban untuk menyediakan dokumen klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif Indonesian *CaseBased Group's* (INA CBG's) (Valentina dan Halawa, 2018). Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan

pembayaran untuk berkas yang lengkap, namun untuk berkas yang tidak memenuhi persyaratan dikembalikan ke pihak rumah sakit. Berdasarkan perjanjian kerjasama antara RS Prima Medika dan BPJS pengajuan klaim dilaksanakan setiap tanggal 10 bulan berikutnya dan BPJS wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.

Penelitian Ulfah *et al* (2011) menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap jamkesmas dengan persetujuan klaim jamkesmas Oleh Verifikator Dengan Sistem INA CBGs Periode Triwulan IV Tahun 2011 di RSI Sultan Agung. Kelengkapan dokumen rekam medis yang lengkap 90,4%, dokumen rekam medis yang tidak lengkap 9,6%. Persetujuan klaim yang tidak disetujui 52,1% dan yang disetujui 47%.

Penelitian Kartika (2014) menyimpulkan bahwa kurangnya SDM tenaga dokter dan verifikator BPJS, masalah kelengkapan dokumen klaim, tata letak ruang yang belum memadai, SIM-RS yang belum terintegrasi menyebabkan penyelesaian klaim tidak tepat waktu di RSUD dr. Adjidarmo, Kabupaten Lebak. Penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif dan observasi ini menemukan 85,56% berkas klaim sudah siap dalam bentuk txt file (*soft copy*) menjadi terlambat dikarenakan rumah sakit memerlukan waktu untuk menyesuaikan perubahan sistem aplikasi INA-CBGs. Diperlukan kebijakan/prosedur tetap yang mengatur kepastian tugas, tanggungjawab dan wewenang setiap unit klaim.

Penelitian Malonda, *et al.*, (2015) menyimpulkan bahwa kendala pada verifikasi data adalah ketidaklengkapan meliputi rekapitulasi pelayanan, berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya serta proses coding yang lama, dimana sering terjali ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan kode diagnosis yang menyulitkan proses verifikasi. Terdapat beberapa masalah dalam koordinasi dan kerja tim serta keterlambatan penyerahan dan tidak lengkapnya dokumen serta belum adanya *billing sistem* menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano.

Berdasarkan data awal yang dilakukan pada bulan Oktober 2021 di RS Prima Medika Denpasar, pasien JKN pada bulan Januari sampai Juni 2021 berjumlah 950 pasien rawat inap. Sebanyak 657 klaim yang diajukan, sebanyak 458 berkas klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap yang diterima dan sebanyak 199 berkas klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap yang tidak diterima yang disebabkan karena ketidaklengkapan berkas yang mendukung proses klaim salah satunya banyak ditemukan dalam pengisian resume medis pasien dan ketidaksesuaian diagnosa. Dari data tersebut menunjukkan bahwa persentase ketidaklengkapan dokumen untuk klaim BPJS pasien rawat inap sebanyak 30,28%. Data awal di Bagian pendaftaran, masih ditemukannya pasien yang tidak membawa *fotocopy* kartu BPJS dan surat rujukan yang telah ditentukan oleh BPJS pada saat melakukan pendaftaran. Studi pendahuluan unit Rekam Medis, peneliti melakukan analisis terhadap 50 formulir rekam medis rawat inap pada pasien BPJS. Diketahui bahwa dokumen rekam medis pasien yang lengkap berjumlah 28 dokumen, yang tidak berisi nama keluarga 18 dokumen, yang tidak berisi tandatangan dokter 4 dokumen. Sedangkan di Unit Casemix, yang bertugas mengkoordinasikan kegiatan coding dan pemberkasan pasien BPJS ada beberapa faktor yang mempengaruhi klaim : 1. Petugas coder telat melakukan input data dikarenakan jumlah komputer terbatas, 2. Resume medis yang tidak lengkap sehingga dikembalikan ke petugas rekam medis untuk melengkapi. Ketidaklengkapan dokumen pasien menyebabkan terhambatnya proses pengajuan klaim kepada BPJS dan akan berakibat pada menurunnya jumlah hasil klaim yang didapat oleh fasilitas kesehatan pada bulan tersebut. Keterlambatan pembayaran klaim BPJS dapat berdampak pada biaya operasional di rumah sakit seperti pembayaran obat, alat kesehatan dan pembayaran jasa pelayanan bagi karyawan yang mengakibatkan menurunnya kinerja dan motivasi karyawan dalam bekerja.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, peneliti ingin mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi proses klaim. Maka dari itu peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Proses Klaim Asuransi Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Prima Medika Denpasar”.

METODE

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif yang bersifat menggambarkan, memaparkan, dan menguraikan objek yang diteliti (Arikunto, 2006). Penelitian kualitatif deskriptif adalah berupa penelitian dengan metode atau pendekatan studi kasus (*case study*). Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi-informasi dari keadaan yang sudah terjadi dengan cara menggambarkan serta mengamati secara mendalam tentang faktor apa saja yang mempengaruhi proses klaim dilihat dari syarat pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap yaitu Surat Perintah Rawat Inap, Surat Eligibilitas Peserta, Resume Medis, *Billing* Pembayaran dan Pemeriksaan Penunjang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui factor-faktor yang mempengaruhi proses klaim BPJS, khususnya untuk mengetahui pengaruh surat perintah rawat inap, surat eligibilitas peserta, kelengkapan resume medis, billing pembayaran dan pemeriksaan penunjang terhadap proses klaim. Dalam penelitian ini sampel sebanyak 6 orang petugas kesehatan yang terdiri dari 1 orang petugas casemix, 1 orang petugas BPJS, 1 orang Dokter/Petugasjaga IGD, 1 orang Petugas pendaftaran, 1 orang Koordinator Rekam Medis dan 1 orang petugas Rekam Medis di Rumah Sakit Prima Medika.

Hasil penelitian diperoleh dengan observasi, wawancara dan dokumentasi terhadap 6 informan. Hasil penelitian dari bulan Januari sampai Agustus 2022 jumlah klaim asuransi pasien BPJS rawat inap sebanyak 1.732. Setiap bulan pihak rumah sakit mengajukan klaim asuransi sebanyak ± 247 berkas klaim, dari jumlah tersebut rata rata 25 berkas klaim terjadi pengembalian berkas klaim oleh pihak BPJS Kesehatan dikarenakan ketidaklengkapan berkas klaim asuransi yang diajukan dan ketidaktepatan koding dari pihak rumah sakit yang mengakibatkan klaim tertunda.

Pembahasan

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Prima Medika Denpasar yaitu dengan melakukan wawancara kepada 6 orang informan yaitu Petugas casemix, Petugas BPJS, Koordinator Rekam Medis, dokter IGD, Petugas Rekam Medis, Petugas Pendaftaran. Adapun karakteristik informan yang diwawancarai dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Informan

Informan	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan
Dokter IGD	30 Th	L	Dokter Umum
Koordinator Rekam Medis	27 Th	P	S1 Rekam Medis
Petugas Rekam Medis	23 Th	P	D2 Administrasi Rumah Sakit
Petugas BPJS	35 Th	P	Dokter Umum
Petugas Casemix	28 Th	P	Dokter Umum
Petugas Pendaftaran	28 Th	P	D2 Administrasi Rumah Sakit

1. Hasil Wawancara dengan Petugas BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara yang diperoleh dari 6 informan petugas kesehatan

yang mengelola klaim BPJS kesehatan di Rumah Sakit Prima Medika Denpasar dengan latar belakang yang berbeda, seperti yang tertuang pada tabel 1. Dalam wawancara yang dilakukan kepada petugas BPJS kesehatan kantor cabang Denpasar mengenai:

Tabel 2. Hasil Wawancara dengan Petugas BPJS Kesehatan

Pertanyaan	Jawaban
Dokumen apa saja yang dilampirkan sebagai persyaratan dalam proses klaim pasien BPJS Kesehatan	untuk proses klaim BPJS, dokumen yang harus dilengkapi yaitu: 1) Lembarkodingan, 2) SEP rawat inap, 3) Surat diagnosa ijo, 4) Surat rawat inap ijo kecil, 5) Resume (yang asli), 6) Surat pemeriksian awal, 7) Laporan operasi, 8) SKL (kalau melahirkan), 9) Lab, 10) Billing, 11) Tranfusi di keperawatan, 12) Balance cairan untuk diagnosa, 13) Gabung semua sama berkas BPJS, 14) Abis itu scan semua, 15) Simpan difolder tgl pulang, 16) Pisahin jepret (sampai resume itu dibawa ke BPJS) sisanya jepret lagi untuk arsip, dimana semua berkas itu harus dilengkapi agar klaim bisa disetujui”.
berapa lama waktu yang diperlukan untuk memverifikasi dokumen klaim yang telah dikirim oleh pihak rumah sakit? berapa lama waktu yang diperlukan dalam proses pembayaran klaim kepada pihak rumah sakit setelah dokumen persyaratan dinyatakan lengkap	waktu memverifikasi 14 hari dan waktu yang diperlukan dalam proses pembayaran 14 hari
dokumen yang sudah di verifikasi dapat dikembalikan lagi ke pihak rumah sakit untuk dilakukan perbaikan ? berapa lama waktu yang diperlukan dalam proses pembayaran klaim kepada pihak rumah sakit setelah dokumen persyaratan dinyatakan lengkap	bisa dikembalikan jika ada kesalahan dan waktu proses pembayaran max 6 bulan
apakah ada kemungkinan terjadi perbedaan besaran klaim antara pihak BPJS dan pihak rumah sakit	besaran klaim dari pihak BPJS itu berbeda dari rumah sakit

2. Hasil Wawancara dengan Petugas Casemix

Tabel 3. Hasil Wawancara dengan Petugas Casemix

Pertanyaan	Jawaban
Bagaimana alur pengajuan klaim asuransi pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Medika Denpasar	Semua dilakukan dicasemix, kami kumpulkan terlebih dahulu rekam medis disetiap pelayanan, baik itu pelayanan pasien rawat jalan maupun rawat inap, lalu kita akan proses di casemix untuk di lakukan proses perapian berkas, pengkodean, verifikasi, hosting dan scan karena semua data diolah secara online. Kemudian kita melakukan klaim dan diserahkan ke bagian keuangan
Kapan mulai pengajuan klaim asuransi pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Medika Denpasar	Setiap pengajuan klaim BPJS kita laksanakan setiap awal bulan sesuai dengan target tanggal yang diperintahkan oleh BPJS karna setiap rumah sakit diberikan tanggal pengajuan klaim yang berbeda-beda
Apakah ada Pengajuan klaim BPJS yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan	Ada, setiap bulannya beberapa berkas yang dikembalikan oleh BPJS

<p>Bagaimana Pendapat bapak/ibu mengenai pengembalian klaim asuransi pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Medika Denpasar</p>	<p>Karena banyak unit yang terlibat dalam proses klaim asuransi pasien BPJS rawat inap menyebabkan berkas tersebut tidak lengkap dan terjadi pengembalian</p>
<p>Menurut bapak/ Ibu apa yang mempengaruhi ketidaklengkapan Surat Perintah Rawat Inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Resume Medis, Billing Pembayaran, Pemeriksaan Penunjang, Laporan Operasi dan SKL (kalau melahirkan) terhadap pengajuan proses klaim BPJS Kesehatan</p>	<p>Ada beberapa faktor yang menyebabkan persyaratan klaim BPJS tidak lengkap karena dalam satu periode perawatan pasien itu khususnya pasien rawat inap banyak sekali unit yang terlibat mulai dari keperawatan, dokter sebagai DPJP, ada medis dan non-medis sampai kepada admin dibagian pembilligan. Namun saat berkas sudah sampai di casemix biasanya saat kita proses berkas, kita akan melakukan verifikasi antara kelengkapan berkas dengan koding sesuai resume medis pasien dan proses klaim bpjs berkas harus dilengkapi. Jika berkas tersebut tidak lengkap maka kami akan mengembalikan kepada unit-unit terkait pada akhir bulan sebelum melakukan pengklaiman kembali pada awal bulan nanti</p>
<p>Apakah ada SOP untuk pengembalian dan perbaikan dokumen rekam medis pasien BPJS rawat inap ke unit filling sehubungan dengan proses pengajuan klaim</p>	<p>ada, jadi semua berkas yang pending tersebut akan kembali ke unit casemix dan kami akan melakukan verifikasi ulang sesuai dengan feedback yang diberikan oleh BPJS terkait berkas yang tidak lengkap. Namun, kalau berkas yang kita klaim tersebut ternyata sudah sesuai dan lengkap, kami akan memberikan penjelasan lebih lanjut terhadap kepada pihak BPJS dengan mengirimkan berkasnya ulang lengkap berserta penjelasannya di awal bulan selanjutnya mengikuti tanggal yang diperoleh dari BPJS</p>
<p>apakah dokumen yang sudah di verifikasi dapat dikembalikan lagi ke pihak rumah sakit untuk dilakukan perbaikan? berapa lama waktu yang diperlukan dalam proses pembayaran klaim kepada pihak rumah sakit setelah dokumen persyaratan dinyatakan lengkap</p>	<p>bisa dikembalikan jika ada kesalahan dan waktu proses pembayaran max 6 bulan</p>

Pada proses klaim BPJS kesehatan harus melengkapi dokumen seperti surat perintah rawat inap, surat eligibilitas peserta, resume medis, billing pembayaran dan pemeriksaan penunjang dan dalam waktu 14 hari akan dilakukan proses verifikasi berkas. Namun jika ada berkas yang tidak dilengkapi maka dapat menghambat proses verifikasi dan proses pembayaran. Hal ini diperkuat dengan pernyataan yang diungkapkan oleh petugas BPJS di Rumah Sakit Prima Medika. Jadi jika ada berkas yang tidak dilengkapi maka proses pengantian pembayaran akan terhambat dan dilakukan maksimal 6 bulan.

3. Hasil Wawancara Petugas Pendaftaran

Tabel 4. Hasil Wawancara dengan Petugas Pendaftaran

Pertanyaan	Jawaban
<p>Bagaimana proses atau alur pendaftaran pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Prima Medika Denpasar</p>	<p>1). Peserta melakukan pendaftaran ke FKRTL dan mengikuti prosedur umum pelayanan kesehatan serta membawa surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat sesuai ketentuan program Jaminan Kesehatan yang berlaku, 2). Peserta menyatakan akan menggunakan hak sebagai peserta</p>

JKN- KIS, 3). Bila pasien berkeinginan menjadi peserta JKN-KIS dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN-KIS, 4). Peserta harus melengkapi syarat administrasi penerbitan SEP dalam waktu 3 x 24 jam hari kerja setelah masuk rawat inap atau sebelum pulang / meninggal / dirujuk apabila dirawat kurang dari 3 x 24 jam, dan kartu dalam status aktif, 5). Jika peserta tidak dapat melengkapi syarat sebagaimana dimaksud di atas maka peserta dinyatakan sebagai pasien umum, 6). FKRTL memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis, 7). Fasilitas Kesehatan/dokter yang merawat berkewajiban memberi Surat rujukan balik kepada dokter di faskes yang merujuk disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis peserta sudah dapat dilayani di Faskes yang merujuk, 8). Setelah mendapatkan pelayanan. peserta menandatangani bukti pelayanan pada tembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKRTL, 9). Setelah perawatan pasien selesai, pasien dapat kembali untuk melakukan kontrol ulang maksimal sebanyak 2 (dua) kali kunjungan kemudian pasien pasien dirujuk kembali ke FKTP, 10). FKRTL wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan, 11). Dalam hal peserta RITL membutuhkan rujukan ke FKRTL lain, maka peserta dirujuk dengan prosedur: a. Peserta dirujuk sesuai indikasi medis, b. Peserta dirujuk mengikuti ketentuan rujukan berjenjang berbasis kompetensi sesuai ketentuan yang berlaku atau pesertadirujuk ke FKRTL terdekat dari FKRTL perujuk yang memenuhi indikasi rujukan, c. Peserta diberi surat rujukan/konsul eksternal yang dilampiri salinan SEP yang telah diterbitkan, d. Peserta membawa surat rujukan tersebut untuk mendapat pelayanan di FKRTL penerima rujukan, e. Apabila rujukan pasien merupakan rujukan parsial, biaya atas rujukan parsial sudah termasuk dalam paket INA-CBG pada FKRTL perujuk dan tidak dapat ditagihkan kepada peserta

berapakah jumlah pasien rawat inap yang menggunakan jaminan kesehatan BPJS di Rumah Sakit setiap bulannya

untuk jumlah pasien rawat inap yang menggunakan BPJS kurang lebih 200 pasien

bagaimana prosedur diterbitkannya Surat Eligibilitas Pasien (SEP) sebagai persyaratan dalam proses klaim

Prosedur diterbitkannya Surat Eligibilitas Pasien (SEP) yaitu 1). Buka aplikasi virtual klaim di computer, 2). Masukkan username dan password yang telah di tentukan, 3). Pilih SEP di Sisi kiri dashboard aplikasi virtual klaim, 4). Pilih pembuatan SEP, 5). Pilih No kartu dan masukkan nomor kartu di kolom yang telah di tentukan (bisa pilih sesuai kartu BPJS/E-KTP), 6). Pilih pelayanan apakah pasien rawat jalan atau rawat inap, 7). Tanggal penerbitan SEP harus sesuai dengan tanggal pasien berobat, 8). Cek apakah nama pasien di aplikasi sesuai dengan nama pasien yang berobat, 9). Untuk pasien rawat jalan pilih poli tujuannya sesuai dengan surat rujukan yang dibawa oleh pasien, 10). Pilih asal rujukan, faskes tingkat I apabila pasien rujukan dari PPK I dan faskes tingkat 2 apabila pasien membawa surat sedang dalam perawatan atau surat, konsul dari spesialis RS prima Medika,

11). Apabila asal rujukan dari faskes tingkat I, lengkapi PPK asal, tanggal rujukan dan nomor rujukan sesuai dengan rujukan yang dibawa oleh pasien, 12). Isi nomor rekam medis pasien sesuai dengan nomor rekam medis pasien di RS Prima medika, 13). Isi kode diagnosis. Z00.0 untuk pasien dewasa. Z00.1 untuk pasien anak-anak, Z35.9 untuk pasien kontrol kehamilan, Z39.2 untuk pasien kontrol setelah melahirkan. Z49.1 untuk pasien hemodialisis dan Z51.1 untuk pasien kemoterapi, 14). Untuk pasien kecelakaan lalu lintas centang kotak penjamin KLL pada bagian bawah aplikasi virtual klaim, 15). Lengkapi informasi mengenai penjamin, tanggal, lokasi, dan keterangan kejadian, 16). pasien kecelakaan lalu lintas harus membawa laporan kepolisian untuk mendapat jaminan dari jasa raharja/BPJS, 17). Untuk kecelakaan tunggal akan mendapat jaminan dari BPJS sedangkan kecelakaan ganda akan mendapat jaminan dari jasa raharja

Berdasarkan pada hasil observasi dan hasil wawancara yang sudah dilakukan pada proses pendaftaran pasien BPJS dan proses penerbitan SEP sudah dilakukan sesuai dengan SOP yang ada, namun dalam proses verifikasi BPJS masih ada ditemukan rekam medis yang dikembalikan, ini berarti bahwa pada proses melengkapi berkas klaim BPJS pasien rawat inap belum dilakukan secara maksimal, sehingga masih ditemukan klaim BPJS yang dikembalikan pada proses verifikasi BPJS pasien rawat inap.

4. Hasil Wawancara Dokter Jaga atau Dokter IGD

Tabel 5. Hasil Wawancara dengan Dokter Jaga atau Dokter IGD

Pertanyaan	Jawaban
bagaimana prosedur penanganan pasien BPJS Kesehatan sehingga dapat direkomendasikan agar di rawat inap? apakah ada perbedaan penanganan pasien umum dengan pasien BPJS	Penanganan pasien BPJS untuk rawat inap sesuai indikasi medis, baik dari UGD yang masuk kriteria Emergency ataupun yg dari poliklinik sesuai indikasi medis
apakah ada perbedaan penanganan pasien umum dengan pasien BPJS Kesehatan	Tidak ada perbedaan dalam pelayanan Emergency pasien BPJS ataupun Non BPJS

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi diketahui bahwa prosedur penanganan pasien BPJS kesehatan sehingga dapat direkomendasikan agar di rawat inap jika penanganan pasien BPJS untuk rawat inap sesuai indikasi medis, baik itu dari pasien dari UGD ataupun dari klinik. Hal ini sudah sesuai dengan prosedur yang ada dan tidak ada perbedaan dalam pelayanan Emergency pada pasien BPJS atau Non BPJS.

5 Hasil Wawancara Koordinator Rekam Medis di Rumah Sakit Prima Medika

Tabel 6. Hasil Wawancara dengan Koordinator Rekam Medis

Pertanyaan	Jawaban
berapa jumlah petugas di unit filling rawat inap di RS Prima Medika	yang berjumlah 3 orang filling khusus
apakah sumber daya manusia (SDM) yang bekerja di ruangan unit kerja rekam medis sudah cukup memadai	menurut saya untuk Sumber Daya Manusia di unit kerja rekam medis sudah cukup memadai
berapa jumlah pasien BPJS rawat inap setiap bulannya	jumlah pasien BPJS setiap bulannya berjumlah 200 orang
Apakah pernah terjadi pengembalian dokumen rekam medis pasien BPJS rawat inap ke	untuk dokumen yang disiapkan dari rekam medis itu tidak ada karena berkasnya disiapkan langsung oleh petugas

unit filling sehubungan dengan proses pengajuan klaim	BPJS di rumah sakit prima medika dandari rekam medis tidak pernah ada pengembalian berkas rekam medis
Apa yang mempengaruhi ada double rekam medis	Pada saat pendaftaran petugas front office salah mengeja nama, misalnya input data identitas pasien sesuai KTP waktu kedatangan pertama untuk melakukan pendaftaran, contoh namanya Rai Suka, tetapi waktu kunjungan kedua waktu saat mendaftar ternyata namanya yang dieja oleh petugas atas nama Raisuka, itu tentu salah dan pada saat petugas menanyakan identitas pasien, pasien tidak membawa identitas KTP, dari salah eja nama bisa menyebabkan double rekam medis
Bagaimana hubungan keterlambatan pengembalian rekam medis terhadap proses klaim BPJS	pada proses klaim BPJS tidak berhubungan langsung, karena rekam medis pasien yang baru pulang akan diarahkan ke bagian casemix terlebih dahulu, kemudian baru menuju ke bagian rekam medis, jadi bagian rekam medis adalah penerima akhir dari alur proses klaim BPJS
Bagaimana upaya atau tindak lanjut yang tepat dilakukan untuk mengatasi ketika terjadinya keterlambatan dalam kegiatan pelayanan instalasi rekam medis	Kalau secara umum ditelusuri dulu jenis pasiennya apa dan letak kesalahannya terlebih dahulu, misalnya pasien rawat inap hari ini pulang, lalu dua hari lagi pasiennya dirawat inap kembali, tetapi berkasnya terlambat karna rekam medisnya ternyata masih di ruangan rawat inap sebelumnya sehingga dapat memungkinkan terjadinya keterlambatan BPJS
Apakah ada SOP untuk pengembalian dan perbaikan rekam medis pasien BPJS rawat inap ke unit filling sehubungan dengan proses pengajuan klaim	untuk SOP pengembalian dan perbaikan rekam medis pasien BPJS itu terdapat pada bagian casemix, jadi bukan di bagian rekam medis. Karena yang menyiapkan kelengkapan dan dokumen yang dibutuhkan untuk proses klaim BPJS adalah bagian casemix dan bagian rekam medis hanya menerima yang sudah selesai diklaim

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi diketahui bahwa jumlah tenaga kesehatan khususnya petugas rekam medis di bagian filing Rumah Sakit Prima Medika yang berjumlah 3 orang. Apabila ditinjau berdasarkan jumlahnya dan dengan langkah-langkah kerja petugas filing yang cukup banyak maka, jumlah tersebut sudah cukup memadai. Namun berdasarkan hasil wawancara mengenai dokumen apa saja yang perlu disiapkan dari ruang rekam medis untuk pengajuan klaim? apakah pernah terjadi pengembalian dokumen rekam medis pasien BPJS rawat inap ke unit filling sehubungan dengan proses pengajuan klaim, maka Koordinator rekam medis di Rumah Sakit Prima Medika Denpasar menyatakan bahwa: “untuk dokumen yang disiapkan dari rekam medis itu tidak ada karena berkasnya disiapkan langsung oleh petugas BPJS di rumah sakit prima medika dandari rekam medis tidak pernah ada pengembalian berkas rekam medis”. Ini berartibahwa petugas rekam medis dibagian filing tidak bertanggung jawab mengenai proses klaim BPJS, karena untuk proses klaim BPJS menjadi tanggung jawab dari petugas BPJS di rumah sakit prima medika.

6. Hasil Wawancara Petugas Rekam Medis di Rumah Sakit Prima Medika Denpasar

Tabel 7. Hasil Wawancara dengan Petugas Rekam Medis

Pertanyaan	Jawaban
apa saja kendala yang dihadapi pada saat koding rekam medis pasien BPJS rawat inap	memilih koder yang sesuai dengan ICD X dan ICD 9
Apakah ada kendala saat melakukan input data rekam medis pasien BPJS	kendalanya karena ada double rekam medis pada saat melakukan input data rekam medis

Hasil wawancara dengan petugas rekam medis memperoleh informasi bahwa yang menjadi kendala pada proses koding pasien BPJS adalah memilih kode ICD X dan ICD IX yang sesuai. Selain itu pada proses input data rekam medis pasien BPJS juga mengalami kendala yang dikarenakan ada double rekam medis pada saat melakukan input data rekam medis. Hal ini dapat menyebabkan proses klaim BPJS menjadi terganggu. Ini tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) mengenai tiga syarat utama pada resume medis mengenai penentuan kode diagnosa utama, diagnosa sekunder, tindakan medik yang harus sesuai dengan ICD X dan ICD IX. Sehingga jika pada proses mengkodekan rekam medis tidak sesuai dengan ICD X dan ICD IX maka hal ini dapat mempengaruhi pada proses klaim BPJS pasien rawat inap.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa faktor kelengkapan klaim BPJS dilihat dari segi kelengkapan dokumen seperti (surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta, resume medis, billing pembayaran dan pemeriksaan penunjang) sangat diperlukan dokumen-dokumen tersebut dalam waktu 14 hari akan dilakukan proses verifikasi berkas. Jika terdapat berkas yang tidak lengkap maka dapat menghambat proses verifikasi dan proses pembayaran. Hal ini terjadi karena ada kendala pada petugas rekam medis terutama pada bagian Casemix dalam proses koding pasien BPJS adalah memilih kode ICD X dan ICD IX yang sesuai dengan resume medis setiap pasien. Selain itu pada proses input data rekam medis pasien BPJS juga mengalami kendala yang dikarenakan ada double rekam medis pada saat melakukan input data rekam medis. Hal ini berarti bahwa pada proses melengkapi berkas klaim BPJS pasien rawat inap belum dilakukan secara maksimal, sehingga masih ditemukan klaim BPJS yang dikembalikan pada proses verifikasi BPJS pasien rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2006). *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Kartika, D. (2014). Analisis Ketepatan Waktu Penyelesaian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS di RSUD DR Adjidarmo Kabupaten Lebak tahun 2014 menyatakan adanya keterlambatan dalam penyelesaian klaim BPJS di RSUD Dr. Adjidarmo. *Tesis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Malonda, T. D., Rattu, A. M. & Soleman, T. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *JIKMU*, 5(2b).
- Permenkes No 28. (2014) tentang Pedoman Pelaksanaan JKN. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *PRU Fast Start*. 2017. Jakarta : PRU Sales Academy.
- Ulfah, S. M., Kresnowati, L. & Ernawati, D., (2011). Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis dengan Persetujuan Klaim JAMKESMAS oleh Verifikator dengan Sistem INA CBGs Periode Triwulan IV tahun 2011 Di RSI Sultan Agung Semarang. http://eprints.dinus.ac.id/6458/1/jurnal_11929.pdf.
- Valentina, & Halawa, M. N. (2018) Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan. *Jurnal Ilmiah Perkam dan Informasi Kesehatan Imelda*, 3(2).