

TINJAUAN PELAKSANAAN PENGAJUAN KLAIM PASIEN BPJS DI RSJD DR. RM. SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH

¹Lathifah Kartika Defi*, ²Linda Widyaningrum, ³Anton Susanto

¹Universitas Duta Bangsa Surakarta, lathifa.devi@gmail.com

²Linda Widyaningrum, lindanoumy@gmail.com

³Anton Susanto,

*Penulis Korespondensi

ABSTRAK

Klaim BPJS kesehatan merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS kesehatan yang dilakukan secara kolektif setiap bulannya. Apabila pada saat pengajuan klaim pasien BPJS terjadi kendala maka dapat menyebabkan terlambatnya pelaksanaan pengajuan klaim, serta penangguhan pembayaran berlebih dapat merugikan bagi pihak rumah sakit.

Penelitian kualitatif dengan jenis pendekatan studi kasus. Pengumpulan data melalui observasi dan wawancara mendalam kepada tiga informan yang terdiri dari 1 kepala ruang rekam medis, serta 2 orang petugas bagian casemix, dan observasi terhadap SOP yang berlaku dalam pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS, dan rekapan klaim pasien BPJS yang diajukan pada tahun 2021.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan pengajuan klaim memiliki SOP dimana dilakukan paling lambat tanggal 10 disetiap bulannya oleh tim pengaju klaim secara komputerisasi. Permasalahan yang terjadi seperti maintenance server, koneksi internet error, pemadaman listrik, klaim pending dan klaim tidak layak. Upaya pemecahan masalah seperti menghubungi bagian IT internal atau menunggu perbaikan dari Kemenkes, memperbaiki kode diagnosis atau tindakan, melengkapi bukti pemeriksaan penunjang, dan berkonsultasi dengan dokter.

Penulis menyarankan untuk meningkatkan koneksi internet, pemberian pelatihan kepada petugas koder mengenai kode-kode diagnosis dan tindakan khusus, monitoring dan evaluasi secara berkala untuk meningkatkan kegiatan dan perencanaan pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS.
Kata kunci: Pengajuan klaim, Permasalahan, Pemecahan masalah

ABSTRACT

BPJS health claims are submissions for the treatment costs of BPJS participants by the hospital to the BPJS health which are carried out collectively every month. During the time of submission, if a BPJS patient claim there is a problem, it can cause delays in the implementation of the claim submission, and the suspension of excess payments can be detrimental to the hospital.

Qualitative research with the type of case study approach. Collecting data through observation and in-depth interviews with three informants consisting of 1 head of the medical record room, as well as 2 officers of the case-mix section, and observations of the SOP that apply in the implementation of BPJS patient claims, and recapitulation of BPJS patient claims submitted in 2021.

The results showed that the implementation of the claim submission has an SOP which is carried out no later than the 10th of each month and computerized by the claim submitting team. Problems that occur such as server maintenance, internet connection errors, power outages, pending claims, and claims are not feasible. Troubleshooting efforts such as contacting the internal IT department or waiting for improvement from the Ministry of Health, correcting the diagnosis or action code, completing supporting examination evidence, and consulting a doctor.

The author suggests improving internet connections, providing training to coders regarding diagnosis codes and special actions, monitoring and evaluating regularly to improve activities, and planning for the implementation of BPJS patient claims.

Keywords: Submission of claims, Problems, Problem-solving

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah sakit biasanya menggunakan sistem pembayaran prospektif dimana pembayaran yang telah disetujui dan dilakukan sebelum pelayanan tanpa memperdulikan

biaya yang perlu dikeluarkan oleh penyedia layanan kesehatan. Sistem pembayaran prospektif yang digunakan adalah sistem pembayaran tarif paket atau berbasis *casemix* yang saat ini dikenal dengan Indonesia-Case Based Groups (INA-CBGs). Sistem *casemix* adalah sistem pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur tindakan dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip atau sama dilakukan dengan menggunakan *grouped*. Proses pengajuan klaim dari Rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan terdapat beberapa tahap, diantaranya tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan pelayanan kesehatan (Permenkes, 2014).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Windarti (2019) menunjukkan bahwa Penerapan JKN di RSUD Nene Mallomo dan RSUD Arifin Nu'mang Kab. Sidrap belum maksimal karena kepatuhan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam mengisi resume medis pasien menyebabkan keterlambatan pada saat proses pengajuan klaim, kemudian pemberian kode pada berkas yang terkadang belum lengkap, serta jaringan internet di rumah sakit yang kurang memadai.

Klaim BPJS kesehatan merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS kesehatan yang dilakukan secara kolektif setiap bulannya. Apabila pada saat pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS sering terjadi kendala karena faktor *maintenance* server dari rumah sakit maupun kantor pusat BPJS maka hal tersebut dapat menyebabkan terlambatnya pelaksanaan pengajuan klaim, sedangkan adanya permasalahan klaim pending dan klaim tidak layak dapat menyebabkan tertundanya pembayaran klaim pasien dari pihak BPJS kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), serta penangguhan pembayaran yang berlebihan dapat merugikan bagi pihak rumah sakit.

METODE

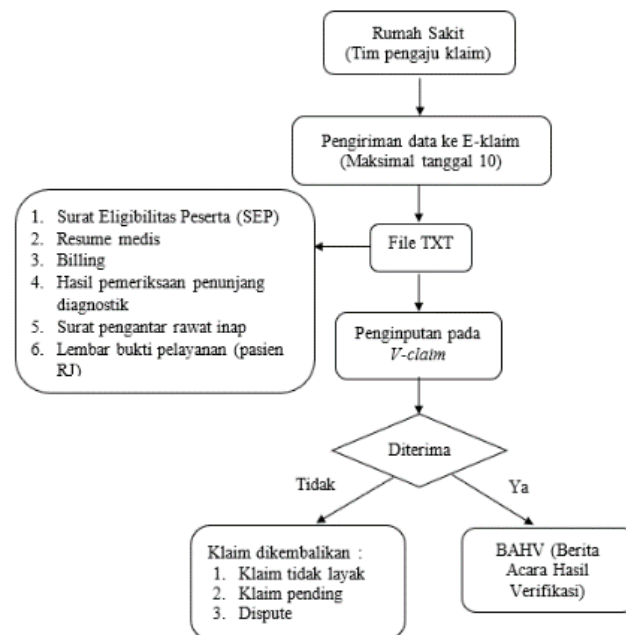
Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus (*case study*) tentang tinjauan pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS. Metode yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan wawancara dan observasi. Pengolahan data menggunakan metode triangulasi dimana informan terdiri dari penelitian ini adalah 1 kepala ruang rekam medis dan 2 petugas bagian penelitian ini, observasi dilakukan dengan mengamati Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku dalam pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, serta rekapan berkas klaim pasien BPJS yang diajukan pada tahun 2021.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pelaksanaan Pengajuan Klaim Pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

Pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah dilakukan oleh tim pengaju klaim yang terdiri dari 2 petugas bagian *casemix* dan 1 petugas bagian keuangan secara komputerisasi dengan aplikasi pengajuan klaim dan *virtual claim* pada *software* INA-CBGs. Pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah telah memiliki SOP (Standar Operasional Prosedur) yang mengaturnya, dimana pengajuan harus dilakukan secara rutin paling lambat tanggal 10 disetiap bulannya. Definisi dari Standar Operasional Prosedur (SOP) sendiri merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar (Sailendra, 2015:11). Dengan adanya SOP yang mengatur tentang pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, menjadikan pelaksanaan lebih terarah dan sesuai dengan prosedur yang ada. Hal ini sesuai dengan Windisch (2007) yang menyatakan bahwa keberadaan dokumen *Standard Operating Procedure* (SOP) dapat menjadi landasan dalam pekerjaan, bukti kesesuaian dengan prosedur dan regulasi yang berlaku di suatu tempat dengan harapan dapat mengurangi angka kesalahan dalam kerja dan dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas.

Adapun syarat-syarat yang dibutuhkan dalam pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah antara lain: Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang sudah ditanda tangani oleh pasien atau keluarga pasien, resume medis, *billing*, hasil pemeriksaan penunjang diagnostik, dan surat pengantar rawat inap. Semua berkas tersebut diinputkan pada E-klaim, setelah itu file akan berbentuk TXT. Kemudian file TXT tersebut dapat dikirim melalui aplikasi *V-claim*. Apabila pengajuan klaim pasien BPJS diterima, maka pihak BPJS Kesehatan akan mengirimkan *feedback* berupa berkas-berkas yang telah diajukan untuk dilengkapi tanda tangan direktur rumah sakit. Sebelum 10 hari dari setelah *feedback* dikirimkan maka BPJS Kesehatan harus sudah mengeluarkan BAHV (Berita Acara Hasil Verifikasi) dan 15 hari setelah *feedback* diberikan BPJS Kesehatan harus sudah melakukan pembayaran atas tagihan klaim kepada rumah sakit. Berdasarkan wawancara diatas, penulis menyimpulkan dalam bentuk diagram alur (*flowchart*) berikut ini :



Gambar 1 Pelaksanaan Pengajuan Klaim di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

Peraturan Menteri Pertahanan RI Nomor 7 Tahun 2016 yang berisi antara lain : Pengajuan klaim FKTL kepada BPJS Kesehatan dilakukan setiap bulan secara rutin paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya, dalam bentuk *softcopy* berupa file txt dan *hardcopy* meliputi: Surat Eligibilitas Peserta, apabila rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), surat perintah rawat inap, resume medis, tanda terima alat kesehatan, *billing system* atau perincian tagihan manual rumah sakit, dan berkas pendukung lain yang diperlukan. Selanjutnya tagihan klaim tersebut akan diverifikasi oleh petugas verifikator BPJS dengan menggunakan *software* verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Pembayaran klaim atas tagihan biaya pelayanan kesehatan FKTL dibayarkan oleh BPJS paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap dan benar di Kantor Cabang BPJS. Maka dapat disimpulkan bahwa, pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah telah sesuai dengan pedoman yang ada.

B. Permasalahan pada Pelaksanaan Pengajuan Klaim Pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

Pelaksanaan pengajuan klaim tidak selalu berjalan dengan baik, terkadang muncul kendala-kendala yang menyebabkan pelaksanaan pengajuan klaim terganggu. Permasalahan pada pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah yang didapatkan berdasarkan wawancara dan observasi antara lain :

1. Sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana yang ada seperti *maintenance* dari Kemenkes, *server* atau koneksi internet yang seringkali *error*, pemadaman listrik. Sarana dan prasarana merupakan seperangkat alat yang digunakan dalam suatu proses kegiatan baik alat tersebut adalah merupakan peralatan pembantu maupun peralatan utama, yang keduanya berfungsi untuk mewujudkan tujuan yang hendak dicapai (Moenir, 1992: 119). Jika dalam melakukan suatu pekerjaan terjadi kendala pada sarana dan prasarana maka akan membuat pekerjaan kurang optimal Adapun efek yang ditimbulkan dari masalah yang terjadi pada sarana dan prasarana di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah yaitu dapat mengakibatkan pelaksanaan pengajuan klaim menjadi terlambat atau mundur dari waktu yang telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan.

2. Klaim dikembalikan

Klaim *pending* yaitu pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL terkait kaidah koding maupun medis (*dispute klaim*), namun penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018). Sedangkan klaim tidak layak bayar yaitu menolak untuk membayar sebuah klaim pada *provider* yang tidak mengikuti kebijakan/prosedur dari perusahaan asuransi atau menunggu informasi tambahan. Artinya bahwa klaim tidak layak yaitu klaim yang sudah tidak dapat direvisi dan diajukan lagi (Tienken, 2010).

Hasil rekapan berkas klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2021 antara lain: jumlah klaim pasien BPJS yang diajukan sebanyak 35.607 berkas, dari jumlah tersebut ada sebanyak 259 berkas klaim yang mengalami pending, dan 23 klaim yang tidak layak. Setelah dianalisa penyebab terbanyak dari klaim pending disebabkan oleh selisihnya biaya verifikasi, kurang tepatnya pengkodean kode diagnosis dan tindakan, dan juga kurangnya kelengkapan berkas klaim pasien BPJS. Kurang tepatnya kode pada berkas klaim pending di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2021 seperti misalnya pada diagnosa CVD (*cerebrovascular disease*) berdasarkan hasil *Head CT scan* untuk kode yang tepat yaitu I67.9, namun petugas mengentrykan kode I64 dimana kode tersebut hanya dapat digunakan ketika hasil pemeriksaan *Head CT scan* terdapat ICH dan SNH secara bersamaan. *Stroke Non Haemorrhagic* (SNH) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Sedangkan *Intracerebral hemorrhage* (ICH) adalah perdarahan yang terjadi di dalam parenkim otak dan sistem ventrikel yang penyebabnya bukan diakibatkan oleh trauma (Sacco et al, 2013), Sedangkan penyebab terbanyak dari berkas klaim tidak layak di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2021 seperti pemeriksaan satu episode rawat jalan dengan tindakan 93.85 *Vocational rehabilitation*. Adapun efek yang dapat ditimbulkan dari adanya klaim pending dan klaim tidak layak yaitu pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke FKRTL menjadi tertunda serta penangguhan pembayaran yang berlebihan akan membuat kerugian bagi pihak rumah sakit.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi diatas, penulis menyajikan data dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Tabel 1. Permasalahan pada pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

No	Permasalahan Pada Pelaksanaan Pengajuan Klaim Pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah
1	Pemeliharaan atau <i>maintenance server</i> dari Kementerian Kesehatan
2	Klaim pending
3	Klaim tidak layak
4	Internet atau <i>server error</i>
5	Pemadaman listrik

C. Pemecahan Masalah yang Dilakukan Rumah Sakit dalam Mengatasi Permasalahan yang Terjadi pada Pelaksanaan Pengajuan Klaim

Dalam pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah berdasarkan hasil wawancara dengan informan, upaya-upaya yang dilakukan rumah sakit dalam mengatasi masalah yang ada antara lain:

1. *Maintenance server*

Maintenance atau pemeliharaan server adalah aktivitas untuk mempertahankan atau menjaga kualitas server dari suatu perangkat lunak agar dapat tetap berfungsi dengan baik seperti kondisi awal. Pemecahan masalah yang dilakukan oleh RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah dalam mengatasi permasalahan yang terjadi pada *maintenance server* ketika pelaksanaan pengajuan klaim seperti adanya server *error* maka langkah awal yang dilakukan oleh petugas *casemix* adalah dengan menghubungi bagian IT rumah sakit untuk memperbaikinya, namun apabila masalah tersebut ternyata berasal dari *maintenance* kantor pusat BPJS Kesehatan maka pihak rumah sakit hanya dapat menunggu hingga server dapat kembali digunakan.

2. Klaim pending

Klaim pending yaitu pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL terkait kaidah coding maupun medis (*dispute klaim*), namun penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018). Pending klaim BPJS menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim sehingga proses pembayaran obat-obatan oleh rumah sakit kepada pihak penyedia obat formularium nasional (FORNAS) juga dapat terganggu. Masalah ini juga berdampak terhadap peningkatan beban kerja BPJS itu sendiri dikarenakan BPJS akan melakukan pengecekan ulang berkas klaim pending yang diajukan (Adhitama, 2019).

Upaya pemecahan masalah yang dilakukan RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah dalam mengatasi adanya klaim pending yaitu dengan memperbaiki kode diagnosis atau tindakan yang kurang tepat, melengkapi bukti pemeriksaan penunjang untuk memperkuat kode diagnosis dan tindakan, berkonsultasi dengan dokter penanggung jawab pasien tentang bagaimana solusi yang tepat agar klaim tersebut dianggap layak dan dapat diterima oleh pihak BPJS. Apabila setelah itu masih terdapat klaim pending atau dikembalikan oleh BPJS Kesehatan maka fasilitas kesehatan dapat mengajukan kembali klaim tersebut pada pengajuan klaim pada bulan berikutnya. Hal ini sesuai dengan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 pasal 31 yang menyatakan bahwa Pengembalian berkas klaim kepada FKRTL disertai berita acara pengembalian berkas klaim. Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh FKRTL pada pengajuan klaim bulan berikutnya.

SIMPULAN

Sistem Pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah dilakukan secara elektronik dimana pengajuan harus dilakukan sebelum tanggal 10 disetiap bulannya. Adapun yang terlibat dalam pelaksanaan pengajuan klaim adalah tim pengaju klaim yang terdiri dari bagian *casemix* yang berjumlah 2 orang dan 1 petugas bagian keuangan. Pelaksanaan pengajuan di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah mengalami beberapa masalah yang terjadi seperti adanya *maintenance* dari Kemenkes, server rumah sakit yang *error*, pemadaman listrik, dan klaim yang dikembalikan seperti klaim *pending* dan klaim tidak layak. Pemecahan masalah yang dilakukan dalam mengatasi masalah pada pengajuan klaim pasien BPJS seperti menghubungi bagian IT rumah sakit untuk memperbaiki *server* yang *error*. Namun apabila *maintenance* tersebut berasal dari kantor BPJS pusat maka rumah sakit hanya dapat menunggu perbaikan dari kantor BPJS. Sedangkan untuk klaim yang dikembalikan berupa klaim pending dan klaim tidak layak, petugas *casemix* melakukan *cross check* pada berkas klaim tersebut seperti halnya memperbaiki kode diagnosis dan tindakan pasien, memperkuat kode dengan melampirkan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik yang menunjang diagnosis dan tindakan pasien, berkoordinasi dengan DPJP agar klaim dapat diterima oleh pihak BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama H dkk. *Ketidaklengkapan Berkas Klaim BPJS Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijaumedan 2018* (Studi Kasus pada Petugas Klaim BPJS). Faculty of Public Health, University of Sari Mutiara Indonesia, Medan; 2019.
- Fred C. Windisch, F. C., 2007. *In A Leadership Guide For Combination Fire Departments*. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Moenir. (1992:119). *Sarana dan Prasarana*. Tersedia: <http://id.shvoong.com/writing and speaking/presenting/2106962> pengertian sarana dan prasarana/#ixzz1k518G4nU
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. 2016. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Group*.
- Peraturan Menteri Pertahanan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2016 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pada Fasilitas Kesehatan Di Lingkungan Kementerian Pertahanan Dan Tentara Nasional Indonesia.
- Rahmadiliyani, Nina. 2019. *Ketepatan Penentuan Kode Diagnosis Utama Penyebab Kematian Pada Kasus Stroke di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan*. 2019.
- Sailendra, Annie. 2015. *Langkah Langkah Praktis Membuat SOP*. Cetakan pertama.trans idea publishing. Yogyakarta.
- Tienken, S. (2010). *Best Practices In Denial Management*.