

Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Jalan Kasus Radiotherapy di RSUD Tugurejo Semarang Periode Mei-Desember Tahun 2019

Overview of the Causes of Returning Outpatient Claims for Radiotherapy Cases at Tugurejo Hospital Semarang for the May-December 2019 Period

Faik Agiwahyunto¹✉, Sri Setyana¹, Jaka Prasetya¹, Sylvia Anjani¹

¹Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

ABSTRAK

Latar Belakang: Sejak pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional pada Januari 2014, perdebatan isu BPJS Kesehatan mendominasi, salah satunya adalah pengembalian klaim di rumah sakit. Pasien *radiotherapy* di RSUD Tugurejo menjadi salah satu pasien yang terbanyak dikembalikan berkas klaimnya oleh BPJS Kesehatan pada tahun 2019. Berdasarkan survei awal dari 10 berkas klaim pasien *radiotherapy* yang dikembalikan, 2 berkas tidak memiliki keterangan jadwal *radiotherapy*, 4 berkas tidak melampirkan protokol *radiotherapy*, dan 4 berkas lainnya tidak melampirkan jadwal maupun protokol pelayanan *radiotherapy*.

Tujuan: Mengetahui penyebab pengembalian klaim pada pasien rawat jalan kasus *radiotherapy* di RSUD Tugurejo Semarang periode Mei-Desember tahun 2019.

Metode: Jenis penelitian adalah deskriptif observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Data dikumpulkan dengan observasi dan wawancara. Analisis univariat dengan persentase dan analisis isi digunakan untuk analisis data.

Hasil: Dari 111 berkas klaim yang dikembalikan, 98,19% dikembalikan karena ketidaklengkapan berkas, yang terdiri dari tidak adanya keterangan hasil CT Scan (21,10%), tidak terdapat keterangan jadwal *radiotherapy* (32,43%), dan tidak terdapat protokol *radiotherapy* (45,04%), dan klaim dikembalikan karena ketidaktepatan kode (1,83%).

Kesimpulan: Berkas klaim yang dikembalikan disebabkan karena ketidaklengkapan berkas dan ketidaktepatan kode. Untuk meminimalisasi jumlah pengembalian klaim maka perlu dibuatkan checklist kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: *radiotherapy*; klaim rawat jalan; pengembalian klaim

ABSTRACT

Background: Since the establishment National Health Insurance Program in January 2014, the polemic on BPJS Kesehatan issue still dominates, one of which was claims return at hospitals. Outpatient *radiotherapy* at Tugurejo Hospital became one of patients whose claim files were returned by BPJS Kesehatan in 2019. Based on initial survey 10 returned *radiotherapy* patient claim files, 2 files did not have *radiotherapy* schedule information, 4 files did not attach *radiotherapy* protocol, and 4 other files do not attach schedule or protocol for *radiotherapy* services.

Objective: The determine out claims in outpatient *radiotherapy* cases return cause at Tugurejo Hospital Semarang for the May-December 2019.

Methods: Type research was descriptive observational with cross-sectional approach. Data were collected by observation and interview methods. Univariate analysis with percentage and content analysis.

Results: 111 of claim files that were returned, 98.19% were returned due to incomplete files, 21.10% which consisted of no information on CT Scan results, 32.43% no information on *radiotherapy* schedule, 45.04% no protocol *radiotherapy*, and 1.83% claim was returned due to code inaccuracy.

Conclusion: The returned claim file was caused by incomplete files and incorrect code. To minimize number of subsequent claim returns, it was to make checklist for completeness of BPJS Kesehatan claim file.

Keywords: *radiotherapy*; outpatient claims; claim returns

✉Corresponding author: faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id

Diajukan 13 Januari 2022 Diperbaiki 14 April 2022 Diterima 7 Mei 2022

PENDAHULUAN

Rumah Sakit (RS) adalah unit kesehatan masyarakat berfungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu penyembuhan, perawatan, pemulihan, pengobatan, pendidikan, dan pelatihan (Arwati *et al.*, 2016). Pemerintah Indonesia meluncurkan dan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) awal tahun 2014 dengan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan JKN.

Klaim adalah tagihan pembayaran atas jasa yang diberikan. Klaim Rumah Sakit terhadap BPJS Kesehatan merupakan permintaan balas jasa atas pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit (Artanto, 2018). Klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan harus menyertakan resume medis dengan diagnosis yang mengacu pada ICD-10 atau ICD-9 Catatan Medis (CM) (Dumaris, 2015).

Sistem Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBGs) digunakan sebagai pembayaran klaim BPJS Kesehatan menurut SK Menteri Kesehatan RI Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 (Agiwahyunto *et al.*, 2016). Tarif INA-CBG dibayarkan per episode pelayanan kesehatan yang merupakan rangkaian kunjungan pasien sampai selesai (Megawati dan Pratiwi, 2016). Sejak pelaksanaan Jamkesmas tahun 2010, FKRTL telah menggunakan sistem INA-CBGs (Permenkes No. 27 Tahun 2014).

Tujuan utama administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang sah sesuai kebijakan (Agiwahyunto *et al.*, 2019). Aplikasi verifikasi klaim digunakan untuk verifikasi. Jika tercapai kesepakatan mengenai pengajuan klaim, akan dibuatkan berita acara agar BPJS Kesehatan dapat membayar klaim sesuai ketentuan (Pradani, 2017). Kasus pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan karena tidak sesuai dengan Buku Panduan

Verifikasi Klaim INA-CBGs Edisi 1 BPJS Kesehatan yaitu KMK RI No. HK. 02.02/MENKES/514/2015 (BPJS Kesehatan, 2014c, 2018).

Klaim Vedika merupakan teknik verifikasi baru yang dilaksanakan pada tahun 2017 oleh BPJS Kesehatan. Tujuannya adalah untuk memverifikasi dan mempercepat pembayaran dengan syarat semua berkas telah diklaim oleh BPJS Kesehatan. Jika ditemukan berkas tidak lengkap, maka berkas klaim akan dikembalikan sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim (Nuraini *et al.*, 2019).

Permasalahan proses penagihan pihak rumah sakit ke BPJS Kesehatan karena berkas klaim tidak layak (BPJS Kesehatan, 2018). Beberapa definisi klaim dikembalikan yaitu klaim yang tertunda pembayarannya karena beberapa hal yang belum disepakati.

Klaim yang sudah diverifikasi namun belum dibayar oleh BPJS Kesehatan karena dokumen klaim hilang. Klaim yang dikembalikan adalah semua klaim yang telah diajukan ke BPJS Kesehatan dan setelah diverifikasi oleh verifikator namun perlu dikonfirmasi kembali sehingga menyebabkan klaim tertunda (BPJS Kesehatan, 2014a, 2014c, 2018).

Beberapa penelitian pengembalian klaim BPJS Kesehatan telah dilakukan oleh peneliti terdahulu. Menurut temuan Malonda *et al.*, (2015) semua persyaratan pengajuan klaim harus dilengkapi untuk mempercepat proses klaim BPJS Kesehatan. Menurut hasil Sabriyah *et al.*, (2016) klaim keterlambatan tetap diklaim. Jika klaim ditolak, rumah sakit dapat mengalami kerugian dan kehilangan biaya yang dikeluarkan.

Pengkodean diagnosis dan prosedur pada dokumen rekam medis merupakan faktor penting dalam menentukan klaim dikembalikan, ditolak, atau diterima. Temuan Artanto (2018) klaim BPJS Kesehatan yang dikembalikan atau ditolak disebabkan oleh ketidaksesuaian

koding dan diagnosis dari rumah sakit dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan.

Koding merupakan fungsi penting dalam pelayanan informasi kesehatan (Windari dan Kristijono, 2016). Akurasi pengkodean penyakit dan tindakan sangat penting karena terkait dengan pembiayaan perawatan kesehatan (Indawati, 2019).

Pasien radioterapi di RSUD Tugurejo merupakan salah satu pasien yang menggunakan sistem pembayaran dengan BPJS Kesehatan. Selain itu pasien tersebut merupakan pasien terbanyak dalam kasus *Ca Mammae*, yaitu 3 terbesar dari urutan 10 besar penyakit rawat jalan di tahun 2019. *Radiotherapy* adalah metode pengobatan dengan menggunakan sinar pengion untuk membunuh sel tumor sekaligus menjaga jaringan sehat di sekitar tumor untuk menghindari kerusakan yang tidak semestinya (Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Kota Semarang, 2020).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 47 Tahun 2018, pasien gawat darurat adalah pasien dengan kondisi yang memerlukan pertolongan medis segera untuk mencegah kecacatan dan menyelamatkan nyawa (BPJS Kesehatan, 2014b). BPJS Kesehatan menjamin pelayanan gawat darurat sesuai dengan kriteria peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2018 tentang penilaian kedaruratan dan tata cara penggantian pelayanan gawat darurat.

Berdasarkan survei awal dari 10 berkas klaim pasien *radiotherapy* yang dikembalikan, menunjukkan adanya ketidaklengkapan atau kurang terpenuhi kriteria sesuai aturan BPJS meliputi kurangnya jadwal *radiotherapy* dan protokol pelayanan *radiotherapy*. Dari 10 berkas tersebut, 2 diantaranya tidak terdapat jadwal *radiotherapy*, sebanyak 4 berkas tidak dilampirkan protokol pelayanan *radiotherapy* dan sebanyak 4

berkas tidak dilampirkan jadwal maupun protokol pelayanan *radiotherapy*.

Protokol *radiotherapy* berisi mengenai tatacara serta dosis yang diberikan dalam melakukan tindakan terapi radiasi. Apabila tidak terlampir saat proses klaim maka BPJS Kesehatan tidak bisa mengetahui informasi yang berkesinambungan mengenai penderita, sehingga klaim akan dikembalikan untuk direvisi atau diperbaiki.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti mengkaji mengenai Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Jalan Kasus *Radiotherapy* di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang Periode Mei-Desember Tahun 2019. Rumusan masalah penelitian ini bagaimana tinjauan penyebab pengembalian klaim pada pasien rawat jalan kasus *radiotherapy* di RSUD Tugurejo Semarang tahun 2020?.

Tujuan penelitian untuk mengetahui penyebab pengembalian klaim pada pasien rawat jalan kasus *radiotherapy* di RSUD Tugurejo Semarang periode Mei-Desember tahun 2019. Manfaat penelitian dapat digunakan sebagai masukan bagi RSUD Tugurejo Semarang tentang penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat jalan kasus *radiotherapy*.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Berkas klaim RS Tugurejo Semarang diambil sampelnya dari Mei hingga Desember 2019, dengan BPJS Kesehatan mengembalikan 111 berkas klaim.

Koordinator klaim dan pengkode rawat jalan adalah informan utama untuk penelitian ini. Informan triangulasi adalah koordinator casemix, yang mengumpulkan data penyebab berkas klaim dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Berkas klaim RS Tugurejo Semarang yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan

menjadi data penelitian. Observasi dan wawancara digunakan untuk mengumpulkan data. Untuk analisis data digunakan analisis univariat dengan persentase dan analisis isi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Persyaratan yang digunakan untuk pengajuan berkas klaim BPJS pasien rawat jalan kasus *radiotherapy* di Rumah Sakit RSUD Tugurejo Semarang antarain yaitu SEP (Surat Elegibilitas Peserta), berkas klaim individual pasien, formulir bukti pelayanan rawat jalan BPJS kesehatan

(*Resume* Medis pasien), surat keterangan dalam perawatan (RM04/IRJ), surat kontrol, bukti pelayanan penunjang, jadwal *radiotherapy* dan protokol pelayanan *radiotherapy*.

Berdasarkan hasil observasi, terdapat 111 berkas yang dikembalikan ke rumah sakit. Pelayanan *radiotherapy* di RSUD Tugurejo Semarang untuk pasien dengan sistem pembayaran melalui JKN dimulai pada tanggal 1 Mei 2019. Data klaim JKN yang dikembalikan adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Jalan Pasien *Radiotherapy*

No	Penyebab Pengembalian	Jumlah	Persentase
1	Ketidaklengkapan berkas	109	98,19
2	Ketidaktepatan koding	2	1,80
Total		111	100

Dari hasil observasi tersebut, persyaratan pengajuan klaim rawat jalan di RSUD Tugurejo Semarang sudah sesuai dengan Ketentuan Panduan Teknis Verifikasi Klaim, namun masih ditemukan berkas klaim yang tidak lengkap. Dari 111 berkas klaim yang dikembalikan, sebanyak 98,19% dikembalikan karena ketidaklengkapan berkas yang diajukan dan 1,83% dikembalikan karena ketidaktepatan koding.

Berdasarkan penelitian terdahulu bahwa penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan karena ketidaklengkapan berkas dan ketidaktepatan koding (Irmawati *et al.*, 2016, 2019; Malonda *et al.*, 2015; Sabriyah *et al.*, 2017). Solusi terbaik bagi ketidaklengkapan berkas dan ketidaktepatan koding adalah memberikan masukan tertulis kepada seluruh unit pelayanan rawat jalan guna mengatasi keterlambatan pengumpulan berkas verifikasi klaim BPJS Kesehatan (Pradani *et al.*, 2016).

Berdasarkan tabel 2 terdapat penyebab pengembalian berkas klaim yang disebabkan oleh faktor kelengkapan

berkas klaim rawat jalan kasus *radiotherapy* BPJS Kesehatan periode Mei-Desember 2019 terdapat 109 berkas yang harus direvisi ulang karena kurangnya persyaratan atau tidak terpenuhinya sesuai kriteria BPJS Kesehatan.

Dari kelengkapan persyaratan berkas klaim, terdapat beberapa item diantaranya terlampirnya lembar SEP (Surat *Elegibilitas* Peserta), berkas klaim individual pasien, formulir bukti pelayanan rawat jalan BPJS kesehatan (*Resume* Medis pasien), surat keterangan dalam perawatan (RM04/IRJ), surat kontrol, bukti pelayanan penunjang, jadwal *radiotherapy*, dan protokol pelayanan *radiotherapy*. Terdapat 3 item yang menjadi salah satu penyebab dikembalikannya berkas klaim yaitu berkas tersebut tidak terdapat file bukti pelayanan penunjang, jadwal *radiotherapy*, dan protokol pelayanan *radiotherapy*.

Tabel 2. Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Jalan oleh Faktor Ketidakeengkapan Berkas

No	Berkas Persyaratan Klaim	Kelengkapan Persyaratan			
		Ada	Presentase	Tidak Ada	Presentase
1	SEP (Surat Elegibilitas Peserta)	111	100,0	0	0,0
2	Berkas Klaim Individual Pasien	111	100,0	0	0,0
3	Resume Medis Pasien	111	100,0	0	0,0
4	Surat Keterangan Dalam Perawatan	111	100,0	0	0,0
5	Surat Kontrol	111	100,0	0	0,0
6	Bukti Pelayanan Penunjang	88	79,27	23	21,10
7	Jadwal Radiotherapy	75	67,56	36	32,43
8	Protokol Pelayanan Radiotherapy	61	54,95	50	45,04

Dari hasil penelitian, tidak dilampirkan lembar Bukti Pelayanan Penunjang klaim BPJS pasien rawat jalan kasus *radiotherapy* sehingga verifikasi BPJS Kesehatan meminta berkas tersebut dilengkapi bukti pelayanan penunjang yang mendukung tindakan atau prosedur pelayanan. Laporan penunjang diperlukan saat mengajukan klaim BPJS Kesehatan.

Pada bukti pembayaran jasa harus disertai dengan bukti pemeriksaan, bukti pendukung, bukti tindakan medis (jika diperlukan operasi atau prosedur), dan bukti diagnosis yang menyebutkan nama dokter. Akibatnya, pasien memberikan pelayanan penunjang dilampirkan bukti laporan pendukung sehingga diketahui kisaran biaya tambahan yang harus dibayarkan BPJS Kesehatan.

Item penyebab dikembalikannya berkas klaim yang kedua yaitu jadwal *radiotherapy*. Jadwal *radiotherapy* merupakan lembar yang berisi runtutan waktu dilakukannya tindakan *radiotherapy* berdasarkan frekuensi yang ditentukan oleh Dokter. Dokter menentukan frekuensi terapi radiasi yang akan dijalani oleh penderita sesuai jenis kanker dan tujuan pengobatan.

Terapi radiasi biasanya diberikan setiap hari yaitu 5 kali dalam 1 minggu sampai tercapai total dosisnya. Pada umumnya dosis 200 cGy digunakan untuk penyinaran harian. Jika dosis total yang akan diberikan pada tumor adalah 5000 cGy, maka dibuat jadwal penyinaran 200

cGy dengan 5 fraksi per minggu sehingga penyinaran dilakukan selama 5 minggu dengan dosis total 5000 cGy (25 fraksi).

Pemberian dosis penyinaran juga bergantung dari tingkatan stadium dan jenis tumor. Dari hasil penelitian terhadap 111 berkas klaim, sebanyak 32,43% tidak terdapat jadwal *radiotherapy*. Jika tidak melampirkan jadwal tindakan *radiotherapy* juga mengakibatkan klaim tidak terbayar. Lembar tersebut menunjukkan seringnya pasien menjalani terapi radiasi, sehingga jika persyaratan klaim tidak diajukan ke verifikasi BPJS Kesehatan, maka akan dikembalikan untuk dilengkapi.

Item terakhir yang menyebabkan klaim dikembalikan yaitu tidak adanya protokol pelayanan *radiotherapy*. Protokol pelayanan *radiotherapy* yaitu formulir yang berisi mengenai tatacara serta dosis yang diberikan dalam melakukan tindakan terapi radiasi. Item ini merupakan syarat penting yang harus dipenuhi dalam pengajuan klaim.

Pada penelitian terhadap 111 berkas klaim yang dikembalikan, sebanyak 45,04% tidak dilampirkan protokol *radiotherapy*. Dari 45,04% tersebut, 27,02% diantaranya dikembalikan karena tidak terdapat informasi mengenai episode perawatan pasien yang telah dilakukan sebelum dilakukannya terapi radiasi serta 18,02% lainnya dikembalikan karena tidak adanya informasi khusus mengapa dilakukan penambahan frekuensi penyinaran dari jumlah yang ditentukan sebelumnya oleh dokter.

Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, penderita yang sudah didiagnosis *Cancer* dari dokter Onkologi dan sudah dilakukan pembedahan, akan dilakukan rawat bersama (raber) dengan dokter *radiotherapy* untuk melakukan terapi radiasi atau penyinaran sesudah atau sebelum atau tanpa dilakukan *chemotherapy*.

Sebelum melakukan tindakan penyinaran pasien akan dilakukan tindakan CT Scan (CT Scan simulasi atau CT Planning) untuk memprediksi secara tepat dosis radiasi akan ditempatkan dalam tubuh penderita dan dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar Hb, jumlah lekosit dan trombosit. Lalu petugas penyinaran akan melakukan moulding atau pembuatan blok pada lokasi yang akan diberi terapi radiasi. Biasanya setelah dilakukan serangkaian perawatan tersebut, penderita harus menunggu selama 3 hari selama 1 minggu sampai hasil perawatan terverifikasi di dalam *Treatment Planning System* (TPS).

Setelah itu bisa dilakukan penyinaran atau terapi radiasi. Hal inilah yang menyebabkan berkas dikembalikan karena tidak terdapat informasi mengenai serangkaian perawatan yang sudah dilakukan sebelum tindakan penyinaran sebanyak 27,02%.

Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix bahwa perawatan tersebut sudah dilakukan karena itu sangat wajib sebelum pasien dilakukan terapi, akan tetapi karena mungkin dari ruang *radiotherapy* tidak melakukan pengisian dan kita kurang teliti dalam melakukan proses klaim maka hal tersebut (pengembalian klaim) terjadi.

Informasi mengenai perawatan yang dilakukan sebelum tindakan penyinaran sangat penting bagi BPJS Kesehatan mengetahui riwayat pengobatan pasien. Apabila syarat pengajuan klaim BPJS Kesehatan pada verifikator BPJS

Kesehatan tidak lengkap atau kurang maka akan dikembalikan untuk dilengkapi atau dilampirkan.

Penyebab selanjutnya yaitu berkas dikembalikan karena tidak adanya informasi khusus mengapa dilakukan penambahan frekuensi penyinaran dari jumlah yang ditentukan sebelumnya oleh dokter sebanyak 18,02%. Frekuensi penyinaran yang sebelumnya ditentukan oleh dokter tersebut terdiri dari 15x penyinaran, 20x penyinaran, 22x penyinaran, 30x penyinaran, 33x penyinaran, dan 35x penyinaran.

Terapi radiasi biasanya diberikan setiap hari yaitu 5 kali dalam 1 minggu sampai tercapai total dosisnya. Pemberian dosis penyinaran juga bergantung dari tingkatan stadium dan jenis tumor. Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, bahwa pasca dilakukan terapi radiasi atau penyinaran, efek samping akan diamati hingga dua minggu setelah prosedur.

Ketika pasien telah selesai menerima penyinaran total, atau sampai frekuensi yang telah ditentukan, hasil pengobatan radioterapi dan efek samping dievaluasi secara bersamaan. Bahkan evaluasinya bisa memakan waktu hingga satu bulan karena kematian sel kanker tidak terjadi secara langsung selama radiasi. Baru setelah itu dokter yang akan menentukan prosedur pengobatan selanjutnya untuk penderita.

Pada keadaan tertentu, tumor atau kanker tidak berespon radiasi, sehingga dosis total yang harus diberikan tidak sesuai, namun pada berkas tersebut tidak adanya evaluasi dari dokter terlebih dahulu tetapi dilakukan penambahan frekuensi penyinaran. Inilah yang menyebabkan klaim dikembalikan oleh BPJS Kesehatan sehingga sangat merugikan pasien dan rumah sakit.

Tubuh penderita hanya mampu menerima frekuensi terapi radiasi sesuai ketentuan dokter. Bagi rumah sakit, hal ini menyebabkan pembayaran oleh BPJS

Kesehatan tertundaberdampak kepada pendapatan RS.

Data yang ditemukan peneliti terdapat 109 berkas yaitu karena ketidaklengkapan atau kurang persyaratan saat melakukan klaim. Hasil wawancara koordinator *casemix* mengenai besarnya prosentase pengembalian klaim yang disebabkan karena persyaratan berkas yang tidak lengkap. Hal itu terjadi karena program *radiotherapy* yang masih terbilang baru di rumah sakit tersebut, sehingga belum sepenuhnya mengetahui aturan-aturan atau ketentuan terbaru dari BPJS Kesehatan terkait prosedur maupun persyaratan klaim *radiotherapy* sehingga harus direvisi ulang oleh RS.

Penelitian sebelumnya oleh Supriadi dan Rosania (2019) bahwa ada 82 klaim rawat jalan yang tertunda, 50 di antaranya tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan. Penelitian Habib *et al.*, (2018) menemukan bahwa dari 855 resume medis yang gagal diverifikasi, hanya 58% diagnosis resume medis yang melaporkan pengelolaan kasus darurat yang menggambarkan keadaan darurat, namun 22,6% pengkodean tidak sesuai dengan diagnosis di resume medis.

Beberapa faktor tersebut dapat mempersulit klaim kasus gawat darurat di RS. Faktor penyebab verifikasi BPJS Kesehatan mengembalikan berkas resume medis IGD ke RSCM pada tahun 2017 mengungkapkan bahwa banyak resume medis yang gagal diverifikasi dan dikembalikan oleh verifikasi BPJS Kesehatan adalah kasus yang tidak termasuk unit gawat darurat.

Pengembaliannya pasien pulang atas permintaan pasien (APS) juga relatif tinggi dengan 25,8% berkas klaim dikembalikan. Hal tersebut juga dikuatkan penelitian sebelumnya oleh Irawan, Kuntjoro, dan Taslim (2016) menemukan bahwa pada tahun 2015, peserta BPJS Kesehatan memiliki skor APS tinggi sebesar 17% untuk keluar paksa karena pasien yakin sudah

sembuh.

Hasil penelitian Arikusnadi, Sudirman, dan Kadri (2020) menemukan 138 berkas dikembalikan. Pengembalian tersebut disebabkan oleh 138 berkas yang tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan (100%). Penyebab utamanya adalah penentuan diagnosis 125 bundel (90,6%). Hal ini disebabkan petugas koding kesulitan dalam memilih diagnosis karena Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sudah menentukan diagnosis sendiri, yang biasanya digunakan untuk pasien tertentu dan tidak didukung dengan data pendukung, dan verifikasi rumah sakit verifikasi BPJS Kesehatan memiliki persepsi yang berbeda.

Berdasarkan tabel 3 penyebab pengembalian klaim karena faktor ketidaktepatan koding, hanya terdapat 1,83% yang harus direvisi oleh pihak koder rawat jalan yaitu pada diagnosis primer yang seharusnya diberi kode Z51.0 (*radiotherapy session*) namun koder memberikan kode Z51.1 (*chemotherapy and immunotherapy*) pada diagnosis primer tersebut. Z51.0 (*radiotherapy session*) yaitu kode ICD untuk pasien perawatan rutin yang sedang menjalani tindakan sesi *radiotherapy*.

Kode Z51.1 (*chemotherapy and immunotherapy*) yaitu kode ICD yang diberikan kepada pasien dalam perawatan dengan tindakan kemoterapi. *Chemotherapy* dan *radiotherapy* dapat digunakan untuk mengobati kanker, namun ada perbedaan yang signifikan antara kedua perawatan tersebut. *Chemotherapy* adalah metode pengobatan kanker yang menggunakan bahan kimia, sedangkan *radiotherapy* yaitu metode pengobatan kanker dengan menggunakan radiasi.

Selain itu, besaran klaim yang dihasilkan dari kedua terapi tersebut juga sangat berbeda. Tarif klaim untuk *radiotherapy* lebih tinggi daripada *chemotherapy*, sehingga hal tersebut

tentunya akan berdampak terhadap pendapatan RS. Meskipun hanya salah pada digit terakhir namun sudah memiliki

makna yang berbeda sehingga hal tersebut menyebabkan klaim dikembalikan.

Tabel 3. Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap Yang Disebabkan Oleh Faktor Ketidaktepatan Koding

No	Jenis Kode	Kelengkapan Penetapan Kode			
		Ada	Presentase	Tidak Ada	Presentase
1	Kode Diagnosis Primer	109	98,20	2	1,80
2	Kode Diagnosis Sekunder	111	100,0	0	0,0
3	Tindakan Primer	111	100,0	0	0,0

Berdasarkan hasil wawancara terhadap petugas koder terkait berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan untuk direvisi karena salah dalam pemberian kode diagnosis, dikatakan bahwa koder kurang teliti dan tidak melakukan pengecekan kembali setelah pemberian kode sehingga besar kemungkinan kode yang ditulis salah.

Pengisian dokumen rekam medis secara lengkap sangat penting karena informasi pasien akan berkurang jika berkas tidak lengkap. Akibatnya, pelayanan yang diberikan untuk proses pengobatan dan penyembuhan di bawah standar. Tenaga Rekam Medis yang memberikan kode diagnosis berperan penting dalam keakuratan kode diagnosis yang ditetapkan.

Hasil penelitian [Kusumawati dan Pujiyanto \(2020\)](#) menemukan 40,6% kesalahan pengkodean dan input dan 21,9% kesalahan penempatan diagnosis. Temuan [Kusumawati dan Pujiyanto \(2018\)](#) yaitu resume medis yang tidak lengkap, kurangnya akurasi pembuat kode, kurangnya pengetahuan pembuat kode, ketidakseragaman informasi pengkodean, kelebihan berkas klaim yang tidak disertai dengan jumlah pengkode yang sesuai. Hal tersebut dapat dikurangi dengan penggunaan rekam medis elektronik, pelatihan tenaga koder, team building, dan penambahan tenaga koder.

PENUTUP

Dari 111 berkas klaim yang dikembalikan, diantaranya terdapat pengembalian berkas klaim karena faktor ketidaklengkapan berkas terdapat sebanyak 98,19%, yang terdiri dari tidak adanya hasil CT Scan sebanyak 21,10%, tidak terdapat jadwal *radiotherapy* sebanyak 32,43%, dan tidak terdapat protokol *radiotherapy* sebanyak 45,04%. Untuk klaim yang dikembalikan karena faktor ketidaktepatan koding hanya 1,83%.

Saran yang dapat diberikan yaitu, *pertama*, untuk meminimalisasi jumlah pengembalian klaim selanjutnya maka sangat perlu dibuatkan checklist kelengkapan berkas klaim BPJS supaya persyaratan pengajuan klaim bisa lengkap sebelum diverifikasi oleh BPJS Kesehatan, petugas klaim BPJS lebih teliti lagi ketika melakukan proses klaim, serta dilakukannya komunikasi efektif antar petugas terkait ketentuan-ketentuan terbaru dari BPJS Kesehatan.

Kedua, apabila terdapat ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian data berkas rekam medis, petugas harus berkomunikasi dengan dokter yang melakukan perawatan pasien untuk menetapkan kode yang tepat sesuai dengan aturan ICD dan petugas perlu mengecek kembali kode yang sudah ditegaskan sebelum diserahkan ke bagian klaim BPJS Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahuanto, F., Hartini, I., & Sudiro. (2016). Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis Dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan Bpjs Kesehatan Studi Di Rsud Kota Semarang Efforts to Prevent Differences between Clinical and Insurance Diag. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(2), 84–90. <https://doi.org/10.14710/jmki.v4i2.13594>
- Agiwahuanto, F., Octaviasuni, S., & Fajri, M. U. N. (2019). Analisis Implementasi Total Quality Management (TQM) Pada Kasus Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RSUD Kendal Tahun 2018. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 7(3), 171–180. <https://doi.org/10.14710/jmki.7.3.2019.15-24>
- Arikusnadi, N. W., Sudirman, S., & Kadri, A. (2020). Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Di Rumkit Bhayangkara Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 3(4), 159–165.
- Artanto, A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 4(2), 122–134.
- Arwati, N. K. A., Sedana, I. B. P., & Artini, L. G. S. (2019). Studi Kelayakan Pengembangan Investasi Pada Rumah Sakit Gigi dan Mulut FKG Universitas Mahasaraswati Denpasar. *Ekonomi Dan Bisnis Universitas Udayana*, 5(6), 1459–1484.
- BPJS Kesehatan. (2014a). *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2014b). *Panduan Praktis Penjaminan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis di Faskes yang Tidak Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan*. BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2014c). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2018). *Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG*. BPJS Kesehatan.
- Dumaris, H. (2015). Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 3(1), 20–28. <https://doi.org/10.18860/jip.v6i2.12147>
- Habib, H., Mulyana, R. M., Albar, I. A., Sulistio, S., Muharris Mulyana, R., Albar, A., & Sulistio, S. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Resume Medis IGD RSCM oleh Verifikator BPJS Kesehatan. *Cermin Dunia Kedokteran*, 45(263), 251–254.
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 105–113. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.230>
- Irawan, S., Kuntjoro, T., & Taslim, R. P. (2016). *Analisis Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri (APS) pada Pasien Peserta BPJS yang di rawat inap di RSUD Tais Kabupaten Seluma*.
- Irmawati, Marsum, & Monalisa. (2019). Analisis Dispute Kode Diagnosis Rumah Sakit Dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 93–98. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.235>
- Irmawati, Sugiharto, Susanto, E., & Astrrianingrum, M. (2016). Faktor-faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap Oleh Verifikator BPJS Kesehatan Di RSUD Tugurejo. In *Seminar Nasional Rekam Medis dan Informasi Kesehatan* (pp. 124–130).
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2018).

- Analisis Kinerja Dokter Verifikator Internal dalam Menurunkan Angka Klaim Pending di RSUD Koja Tahun 2018. *Jurnal ARSI*, 6(1), 1–10.
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2020). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cdk-282*, 47(1), 25–28.
- Malonda, T. D., Rattu, A. J. M., & Soleman, T. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *Jikmu*, 5(5), 436–447.
- 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*, 1(1), 36–43. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27476>
- Nuraini, N., Wijayanti, R. A., Putri, F., Alfiansyah, G., Deharja, A., & Santi, M. W. (2019). Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Kesmas Indonesia*, 11(1), 24–35.
- Pradani, E. A., Lelonowati, D., & Sujianto. (2016). Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X: Apa Akar Masalah dan Solusinya? *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(2), 107–114. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6134>
- Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Kota Semarang. (2020). *Data Rekam Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Kota Semarang*. DRM Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Kota Semarang.
- Sabriyah, Sudirman, & Alief Chairin Nor, A. R. (2017). Implementasi Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 118–128. <https://doi.org/10.31934/promotif.v6i2.17>
- Supriadi, & Rosania, S. (2019). Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018. *Jurnal Vokasi Indonesia*, 7(2), 19–26. <https://doi.org/10.7454/jvi.v7i2.145>
- Windari, A., & Kristijono, A. (2016). Analisis Ketepatan Koding Yang Dihasilkan Koder Di RSUD Ungaran. *Jurnal Riset Kesehatan*, 5(1), 35–39.