

RINGKASAN

Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap oleh BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo, Siti Zulaikha, NIM G41151266, Tahun 2019, 259 hlm, Rekam Medik, Politeknik Negeri Jember, Rossalina Adi Wijayanti, S. KM, M.Kes (Pembimbing).

BPJS Kesehatan bekerjasama dengan rumah sakit milik pemerintah maupun swasta dengan membuat Perjanjian Kerja Sama (PKS). PKS antar pihak adalah suatu hubungan hukum yang resmi dan sah, mencakup hak dan kewajiban para pihak yang harus dipatuhi selama masa perjanjian. Rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada faskes atau PPK. Klaim BPJS Kesehatan adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Proses klaim ini sangat penting bagi rumah sakit sebagai penggantian biaya pasien asuransi yang telah berobat.

Rumah Sakit (RS) Mitra Sehat Situbondo merupakan rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit tipe C pada tahun 2017. Jumlah kunjungan pasien di RS Mitra Sehat Situbondo setiap tahunnya mengalami peningkatan. studi pendahuluan tanggal 11 Mei 2018 dengan petugas JKN didapatkan laporan bahwa sejak RS Mitra Sehat Situbondo bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, manajemen keuangan mengalami hambatan sehingga proses pelayanan menjadi terganggu. Hal tersebut dikarenakan terjadi pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan. Pengembalian berkas klaim ini paling banyak terjadi pada berkas rawat inap daripada berkas klaim rawat jalan dengan perbandingan 1:11. Pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan disebabkan oleh dua hal yakni berkas klaim tidak lengkap dan ketidaksesuaian kaidah coding. Ketidaklengkapan berkas kaim dan ketidaksesuaian kaidah coding dapat disebabkan oleh faktor *human, organization, technology, planning, organizing, actuating, dan controlling*.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa faktor penyebab *pengembalian* berkas klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo. Jenis penelitian yang digunakan yaitu kualitatif. Pengumpulan data dilakukan denganmelakukan wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah berkas yang dikembalikan hampir setiap bulannya terjadi dengan rata-rata sebesar 13.065% dari 595 berkas yang diklaimkan. Petugas pendaftaran sering salah dalam menginputkan tanggal masuk dan keluar pada SEP sehingga berkas harus dikembalikan. Petugas koding juga menyatakan bahwa petugas masih sering terjadi kekeliruan entri berkas klaim yang tidak layak seperti kasus KLL yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Petugas koding masih kebingungan untuk membedakan mana yang termasuk kasus KLL dan mana yang tidak termasuk kasus KLL. Berdasarkan faktor *human* terkait ketidaklengkapan berkas klaim adalah kurangnya pemahaman tentang regulasi kelengkapan berkas klaim, rata-rata karyawan masih baru sehingga belum ada pengalaman, dan kurangnya jumlah verifikator internal. Berdasarkan faktor *organization* terkait ketidaklengkapan berkas klaim adalah berkas hilang karena rak/kerabjang berkas klaim tidak ada dan ruangan sempit sehingga sesak apabila melakukan proses pengecekan berkas klaim. Berdasarkan faktor *technology* terkait ketidaklengkapan berkas klaim adalah kurangnya scanner dan karyawan masih belum bisa mengatasi terjadinya error sehingga apabila terjadi error hingga 2 hari akan menghambat kerja input data

Berdasarkan faktor *planning* terkait ketidaklengkapan berkas klaim adalah belum optimalnya SOP pengisian berkas rekam medis, tidak ada sosialisasi pengisian rekam medis, dan belum ada SOP kelengkapan berkas klaim. Berdasarkan faktor *organizing* terkait ketidaklengkapan berkas klaim adalah belum optimal keterlibatan antara dokter, perawat, dan perekam medis, belum jelas dan rinci *job description*-nya. Berdasarkan faktor *actuating* terkait ketidaklengkapan berkas klaim adalah belum ada reward dan punishment, pengarahan hanya pada saat awal bekerja saja. Berdasarkan faktor *controlling*

terkait ketidaklengkapan berkas klaim adalah belum diadakan rapat rutin minimal 6 bulan atau 1 tahun sekali sehingga tidak ada kebijakan baru.

Koding yang tidak sesuai menurut BPJS Kesehatan yaitu N20.2 (Batu saluran kencing+ISK), K30 (Dispepsia), A16.0 (TB+PPOK), A09 (GEA+Thypoid), K81.9 (Cholecystitis + cholelithiasis). Berdasarkan faktor *human* terkait ketidaksesuaian kaidah koding adalah belum paham tentang regulasi diagnosa apa saja yang dapat diklaimkan ke BPJS Kesehatan, kurang pemahannya *clinical pathway* dan terminologi medis, kurangnya keterampilan membaca tulisan dokter. Berdasarkan faktor *organization* terkait ketidaksesuaian kaidah koding adalah kurang konsentrasinya karyawan dalam bekerja karena ruangan sempit. Berdasarkan faktor *technology* terkait ketidaksesuaian kaidah koding adalah belum bridging antara v-klaim dan e-klaim. Berdasarkan faktor *planning* terkait ketidaksesuaian kaidah koding adalah tidak mengetahui SOP pengkodean, belum ada sosialisasi SOP, dan tidak ada rencana strategis terkait pengembalian berkas klaim karena ketidaksesuaian kaidah koding. Berdasarkan faktor *organizing* terkait ketidaksesuaian kaidah koding adalah ruangan sempit. Berdasarkan faktor *actuating* terkait ketidaksesuaian kaidah koding adalah tidak ada *reward* dan *punishment*, dan pengarahan hanya pada saat awal bekerja saja. Berdasarkan faktor *controlling* terkait ketidaksesuaian kaidah koding adalah belum ada rapat rutin untuk evaluasi program sehingga nantinya akan muncul kebijakan baru. Upaya perbaikan yang dapat dilakukan adalah pembuatan SOP pengklaiman, sosialisasi SOP, penambahan karyawan, pengajuan proposal untuk pelebaran ruangan, penambahan *scanner*, memperjelas *job description*, membuat *checklist*, diadakan *reward* seperti penambahan hari cuti atau hadiah kecil setiap tahunnya dan *punishment* seperti peringatan baik secara lisan maupun tertulis.