

**TELAAH LITERATUR ASPEK-ASPEK PENYEBAB
PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM BPJS
PASIEN RAWAT INAP**

**¹Irda Sari, ²Safira Nur Sabrina, ³Leni Herfiyanti
Manajemen Pelayanan Rumah Sakit, Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Politeknik Piksi Ganesha**

**Jl. Jend. Gatot Soebroto No. 301 Bandung.
E-mail: ¹irdasari13@gmail.com; ²
Safira.nur9@gmail.com; ³leniherfiyanti@gmail.com**

ABSTRACT

This study aims to find out the aspects causing BPJS claim file return of in-patients care. Method used is a literature review that using secondary data, which is collected from 5 earlier journals from different hospitals to obtain main data. From the 5 journals, they are found the aspects causing BPJS claim file return of in-patients care, are completeness and suitability aspects. The factors that cause the incompleteness and mismatch are: (1) Inaccuracy of employee preparing the claim file; (2) No rechecking while inputting the data done by the employee make a mismatch in the claim file; (3) Lack of employee make input data process done in a rush which cause an error in inputting process; (4) Incompleteness in the patients' medical resume due to doctors in-charge (DPJP) fill them in a rush because of many patients to be handled. As for some suggestions that provided to resolve these problems, are: (1) Re-checking completeness and compatibility of the claims file to minimize the return of them; (2) Increasing thoroughness of the employee in preparing the claim file; (3) Adding Human Resources in inputting the data; (4) Using Electronic Medical Record in order to simplify the employee and doctors' work.

Keywords: Claim File Return, BPJS, In-Patients Care.

ABSTRAK

Pembahasan ini bertujuan untuk mengetahui aspek-aspek penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap. Metode yang digunakan yaitu metode kajian literatur dengan menggunakan data sekunder, dimana penulis mengumpulkan hasil penelitian terdahulu dari 5 jurnal di rumah sakit yang berbeda untuk memperoleh data utama. Dari 5 jurnal ditemukan aspek-aspek penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap, yaitu aspek kelengkapan dan aspek kesesuaian. Faktor-faktor penyebab ketidak lengkapan dan ketidak sesuaian, diantaranya: (1) Disebabkan karena kurang telitinya petugas dalam menyiapkan berkas klaim; (2) Petugas paling sering tidak melakukan pengecekan ulang pada saat melakukan input data sehingga banyak ketidak sesuaian isi data pada berkas klaim; (3) Kekurangan petugas dalam penginputan data sehingga petugas mengerjakan penginputan data secara terburu-buru yang mengakibatkan kesalahan pada penginputan; (4) Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sering tidak melengkapi resume medis karena pasien yang harus ditangani banyak sehingga mengisi dengan terburu-buru. Adapun rekomendasi yang penulis berikan sebagai masukan untuk menyelesaikan berbagai masalah yang terjadi, yaitu: (1) Melakukan pengecekan ulang terhadap kelengkapan dan kesesuaian berkas klaim untuk meminimalisir pengembalian berkas klaim; (2) Meningkatkan ketelitian petugas dalam menyiapkan berkas klaim; (3) Menambah Sumber Daya Manusia pada penginputan data; (4) Menggunakan Rekam Medis Elektronik agar memudahkan pekerjaan para petugas dan dokter.

Kata Kunci: Pengembalian Berkas Klaim, BPJS Kesehatan, Pasien Rawat Inap.

A. PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Setiap orang berhak mendapat pelayanan kesehatan dan perawatan kesehatan bagi dirinya dan keluarganya, juga jaminan ketika menganggur, sakit, cacat, menjadi janda, usia lanjut atau kekurangan nafkah yang disebabkan oleh hal-hal yang di luar kekuasaannya.

Maka dari itu, berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang pembentukan BPJS, yaitu terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan publik yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan adalah badan publik yang menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pension, dan jaminan kematian.

Permenkes no. 28 tahun 2014 dan di dalam Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan menyebutkan bahwa untuk mendapatkan imbal jasa atas layanan kesehatan kepada peserta JKN , rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim yang diajukan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan

dengan tujuannya untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh rumah sakit. BPJS Kesehatan wajib membayar klaim rumah sakit paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

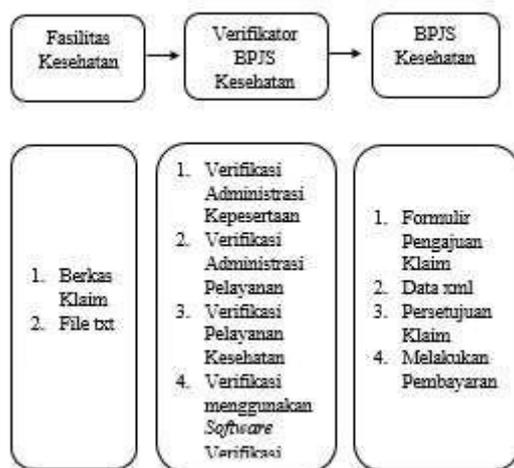
Menurut Depkes (2008) tentang petunjuk teknis administrasi klaim dan verifikasi program Jaminan Kesehatan Nasional masyarakat, bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab. Berdasarkan Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat. Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim.

Menurut petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS (2014:4) isi berkas klaim yang akan di verifikasi meliputi:

- 1) Surat perintah rawat inap
- 2) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- 3) Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
- 4) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung: a) Protocol terapi

- dan regimen (jadual pemberian) obat khusus untuk Onkologi,
- Resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, collar neck, corset, dll)
 - Tanda terima alat bantu kesehatan.

Alur Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan



(Sumber: Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, 2014)

Gambar 1. Alur verifikasi klaim BPJS Kesehatan

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. Pengajuan klaim ke BPJS. Jadi klaim BPJS adalah suatu tuntutan pengakuan atas suatu fakta yang diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk menuntut pembayaran biaya perawatan selama pasien mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosa merujuk pada ICD 10 dan ICD 9 CM.

Metode pembayaran yang digunakan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada saat ini adalah dengan metode pembayaran prospektif yaitu Casemix (case based payment) atau menggunakan sistem Indonesia Case Base Group (INA-CBGs). Sistem pembayaran INA-CBGs menggunakan klaim yang nantinya akan mendapat penggantian biaya dari BPJS.

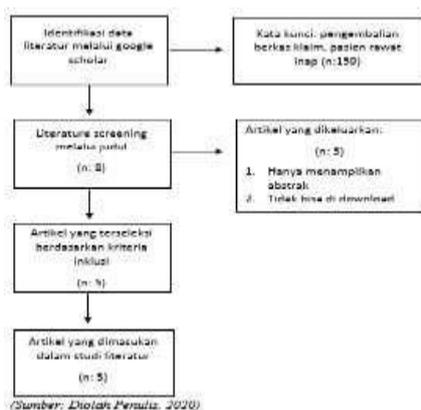
Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menurut Permenkes no. 27 tahun 2014 menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan. Acuan yang digunakan adalah ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. INA-CBGs merupakan aplikasi sistem teknologi informasi untuk mengelompokan kode diagnosis dan tindakan/prosedur menjadi 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan.

B. METODE PENELITIAN

Pembahasan ini menggunakan metode literature review atau narrative review untuk mengumpulkan, mengidentifikasi, mengevaluasi dan menginterpretasikan aspek-aspek yang mempengaruhi terhadap penyebab pengembalian berkas klaim pasien rawat inap di rumah sakit. Sumber data yang digunakan

dalam pembahasan ini adalah sumber data sekunder, dimana data yang di dapatkan dalam pembahasan ini diperoleh dari google scholar yang digunakan untuk mencari jurnal-jurnal yang relevan. Jurnal-jurnal yang di dapatkan akan dipilih sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria Inklusi
 - a. Penyebab pengembalian Berkas klaim BPJS pasien rawat inap
 - b. Jurnal yang di publikasikan tahun 2015-2020
 - c. Bahasa yang digunakan adalah Bahasa Indonesia
 - d. Keyword yang digunakan adalah pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan AND pasien rawat inap.
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Jurnal pembahasan dipublikasikan dibawah tahun 2015
 - b. Jurnal tidak menyebutkan rawat inap atau rawat jalan
 - c. Jurnal hanya menampilkan abstrak, tidak full text
 - d. Jurnal tidak bisa di download



Gambar 2. Seleksi Studi dan penilaian kualitas.

Literature Review ini disintesis menggunakan metode narrative dengan mengelompokkan data-data hasil ekstrasi yang sejenis sesuai dengan hasil yang diukur untuk menjawab tujuan.

Jurnal penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi kemudian dikumpulkan dan dibuat ringkasan jurnal meliputi nama peneliti, tahun terbit jurnal, judul penelitian, metode dan ringkasan hasil atau temuan.

Untuk lebih memperjelas analisis abstrak dan jurnal full text dibaca dan dicermati. Ringkasan jurnal tersebut kemudian dilakukan analisis terhadap isi yang terdapat dalam tujuan penelitian dan hasil temuan penelitian. Analisis yang digunakan menggunakan analisis isi jurnal, kemudian dicari persamaan, perbedaannya lalu dibahas untuk menarik kesimpulan.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik data literature

No	Penulis	Judul	Tahun	Uraian Penelitian	Hasil
1	Linda Magretha et al [1]	Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Muhammadiyah Tegayun	2018	Berita kesehatan dengan pendekatan case control	Faktor yang menyebabkan pengembalian berkas pelayanan klaim BPJS pasien rawat inap adalah ketidak lengkapan dan ketidak sesuaan pada administrasi pelayanan.
2	Isnanani et al [2]	Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat-Jalan/ Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD Tegayun	2018	Berita kesehatan dengan pendekatan cross sectional	Faktor yang menyebabkan pengembalian berkas pelayanan klaim BPJS pasien rawat inap adalah ketidak lengkapan dan ketidak sesuaan pada administrasi umum pelayanan, kepastian, kepastian dan ketidaksesuaan pelayanan.
3	Isnanani et al [3]	Penyakit Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Muhammadiyah Tegayun	2018	Berita kesehatan dengan pendekatan cross sectional	Faktor yang menyebabkan pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap adalah ketidak lengkapan pada administrasi, kepastian, ketidak sesuaan pada administrasi kepastian dan ketidaksesuaan administrasi pelayanan.
4	Elmira Sari Wijayanti et al [4]	Identifikasi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD DR. Soe Jember Pening	2019	Berita kesehatan dengan pendekatan cross sectional	Komponen penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap adalah ketidak lengkapan pada administrasi pelayanan dan ketidak lengkapan pada pelayanan kesehatan.
5	Ng Wahyu Adiningsih et al [5]	Analisis Penyebab Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Sangkati Pals	2020	Kualitatif	Faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap adalah ketidak lengkapan dan ketidak sesuaan pada administrasi pelayanan.

Berdasarkan tabel 1 diatas dapat dijelaskan dibawah ini.

1.Jurnal [1]

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Linda Megawati et al (2016) di RSUD PKU

Muhammadiyah Yogyakarta, terdapat ketidak lengkapan dan ketidak sesuaian pada administrasi pelayanan, yaitu pada lembar syarat individual pasien, lembar laporan penunjang dan lembar syarat fotocopy kartu BPJS. Hal tersebut disebabkan beberapa faktor, yaitu:

a. Lembar Laporan Individual Pasien

Laporan individual pasien di analisis berdasarkan item kelengkapannya, dari hasil analisis tersebut diketahui bahwa item yang menyebabkan dikembalikannya klaim BPJS yaitu pada Kelas Perawatan, Nomor SEP, Tanggal Masuk, Diagnosa Utama, Diagnosa Sekunder, Prosedur dan INACBG's. Sebagian besar permasalahan yaitu terjadi karena salah dalam pengentryan item oleh petugas verifikasi BPJS internal rumah sakit.

b. Lembar laporan penunjang

Ketidak lengkapan berkas syarat laporan penunjang pasien terjadi karena tidak dilampirkannya lembar laporan penunjang pada berkas syarat pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap.

c. Lembar syarat fotocopy kartu BPJS

Pada faktor fotocopy kartu BPJS ditemukan permasalahan karena lampiran kartu BPJS yang dilampirkan bukan milik pasien

melainkan kartu milik salah satu anggota keluarganya dan kartu BPJS yang dilampirkan sudah tidak aktif.

2.Jurnal [2]

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Irmawati et al (2016) di RSUD Tugurejo, dari 97 berkas klaim BPJS pasien rawat inap terdapat ketidak lengkapan dan ketidak sesuaian pada administrasi umum pengajuan, administrasi kepesertaan, administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan administrasi pelayanan kesehatan. Hal tersebut disebabkan beberapa faktor, yaitu:

1. Administrasi umum pengajuan

Berkas klaim rawat inap yang dikembalikan berdasarkan ada atau tidaknya lembar formulir pada persyaratan klaim. Terdapat tidak adanya bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur sebanyak 3 berkas, tidak adanya tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pasien pada resume medis terdapat sebanyak 3 berkas, tidak adanya laporan operasi dari 15 berkas yang membutuhkan laporan operasi sebanyak 4 berkas tidak dilampirkan, tidak adanya protokol terapi dan regimen obat sebanyak 3 berkas dan tidak adanya berkas penunjang sebanyak 25 berkas.

2. Administrasi kepesertaan

Berkas klaim rawat inap yang dikembalikan berdasarkan sesuai atau tidak sesuainya dengan ketentuan administrasi kepesertaan. Terdapat ketidak sesuaian data SEP dengan data

INA CBGs sebanyak 4 berkas, ketidak sesuaian data SEP dengan berkas pendukung sebanyak 8 berkas dan ketidak sesuaian data pada aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung sebanyak 21 berkas.

Administrasi pelayanan

Berkas klaim rawat inap yang dikembalikan berdasarkan sesuai atau tidaknya dengan ketentuan administrasi pelayanan. Terdapat ketidak sesuaian pada koding penyakit bukan koding unbundling sebanyak 8 berkas dari 97 berkas klaim yang dikembalikan.

Administrasi pelayanan kesehatan

Berkas klaim rawat inap yang dikembalikan berdasarkan sesuai atau tidaknya dengan ketentuan pelayanan kesehatan. Terdapat ketidak sesuaian pada diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM sebanyak 41 berkas dari 97 berkas klaim yang dikembalikan, dan terdapat ketidak sesuaian pada kasus yang sudah ditegakkan diagnose pada kunjungan berikutnya kode diagnosis menjadi kode Z pada ICD 10 terdapat 1 berkas dari 9 berkas yang dikembalikan.

3. Jurnal [3]

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Irmawati et al (2018) di RSUD R.A Kartini Jepara, dari 49 berkas klaim BPJS Pasien rawat inap terdapat ketidak lengkapan pada administrasi kepesertaan sebanyak 35 berkas atau sebanyak 71%. Kemudian terdapat ketidaksesuaian

pada administrasi kepesertaan sebanyak 30 berkas atau sebanyak 61%, dan terdapat ketidak sesuaian pada administrasi pelayanan sebanyak 7 berkas atau sebanyak 14%. Berikut faktor-faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD RA Kartini Jepara:

a. Ketidاكلengkapan pada administrasi kepesertaan.

Penyebab ketidak lengkapan pada administrasi kepesertaan adalah karena bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur tidak ada tanda tangan DPJP dan tidak adanya berkas penunjang pendukung pelayanan pasien.

b. Ketidaksesuaian pada administrasi kepesertaan

Penyebab ketidak sesuaian administrasi kepesertaan adalah karena ketidak sesuaian berkas klaim berdasarkan data SEP dengan aplikasi INACBG's dan Ketidak sesuaian data pada aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung.

c. Ketidaksesuaian administrasi kepesertaan

Dari hasil keterangan pada checklist administrasi pelayanan terdapat berkas klaim yang diagnosanya tidak sesuai dengan dokter penanggung jawabnya.

4. Jurnal [4]

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Khurun Aeni Wijayanti (2019) di RSUD DR. M. Ashari Pemalang, faktor yang menyebabkan pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap berdasarkan ketentuan administrasi

pelayanan dan ketentuan pelayanan kesehatan, yaitu:

a. Ketentuan administrasi pelayanan

Pada aspek ketentuan administrasi pelayanan, disebabkan karena tidak sesuainya surat perintah rawat inap sebanyak 20 berkas atau sebanyak 21,7% dari 92 berkas, pada resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta di tandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien terdapat ketidak sesuaian sebanyak 1 berkas atau sebanyak 1,1% dari 92 berkas dan pada bukti penunjang dan pendukung tindakan terdapat ketidak sesuaian sebanyak 28 berkas atau sebanyak 33,7% dari 28 berkas yang membutuhkan bukti penunjang dan pendukung tindakan.

Permasalahan yang paling banyak terjadi pada ketentuan administrasi pelayanan adalah pada item bukti penunjang dan pendukung tindakan. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh Peneliti dengan petugas klaim rumah sakit dan ketua casemix permasalahan terjadi karena bukti penunjang dan pendukung tindakan tidak lengkap, tidak terdapat lembar surat perintah rawat inap dan resume medis yang belum terisi lengkap.

b. Ketentuan pelayanan kesehatan

Pada aspek pelayanan kesehatan, faktor penyebab pengembalian berdasarkan ketentuan pelayanan kesehatan berdasarkan kesesuaian kode diagnosis dan prosedur pada tagihan kode ICD 10 dan ICD 9CM terdapat ketidak sesuaian

sebanyak 44 berkas atau sebanyak 47,2%, kemudian kesesuaian pada kasus special CMG terdapat 3 berkas atau sebanyak 30%, lalu pada ketentuan apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki diagnosis penyakit (P) hanya perlu kode bahwa bayi lahir hidup di lokasi persalinan tunggal atau multiple (Z38.-) terdapat sebanyak 2 berkas yang tidak sesuai atau sebanyak 66,7% dan pada ketentuan beberapa diagnosis yang seharusnya di kode menjadi satu tetapi di kode terpisah terdapat sebanyak 1 berkas yang tidak sesuai atau sebanyak 33,33%.

Permasalahan yang paling banyak terjadi adalah pada item kesesuaian kode diagnosis dan prosedur pada tagihan kode ICD 10 dan ICD 9CM. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh Peneliti dengan petugas klaim rumah sakit dan ketua casemix adalah ketidak sesuaian pada ketentuan pelayanan kesehatan karena ketidak sesuaian kode dan banyak aturan/ regulasi yang sering berubah-ubah.

5. Jurnal [5]

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ni Wayan Arikusnadi et al (2020) di Rumah Sakit Bhayangkara Palu, penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap itu disebabkan karena tidak lolos pada administrasi pelayanan. Penelitian terhadap 138 berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidaknya data dalam berkas klaim dengan

ketentuan yang menjadi syarat diterimanya klaim oleh BPJS Kesehatan.

Alasan pengembalian berkas klaim oleh pihak BPJS Kesehatan, yaitu di dominasi karena penentuan diagnose sebesar 125 berkas, konfirmasi tanggal keluar sebanyak 6 berkas, kurang jelasnya indikasi rawat inap sebanyak 4 berkas, tidak sesuai kelas perawatan sebanyak 2 berkas dan tidak adanya lembar atau laporan bukti pelayanan sebanyak 1 berkas.

Tabel 2. Aspek-Aspek Kelengkapan dan Kesesuaian Administrasi Pengajuan Klaim.

Aspek	Jurnal [1]	Jurnal [2]	Jurnal [3]	Jurnal [4]	Jurnal [5]
Ketentuan Administrasi Kepesertaan	✓	×	×	✓	✓
Ketentuan Administrasi pelayanan	×	×	×	×	×
Ketentuan Pelayanan Kesehatan	✓	×	✓	×	✓

Berdasarkan tabel 2 di atas dapat dijelaskan bahwa dilihat dari aspek kelengkapan dan kesesuaian pada ketentuan administrasi pengajuan klaim, masih banyak berkas klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit yang belum lengkap atau belum sesuai dengan ketentuan yang

menjadi syarat diterimanya klaim oleh BPJS Kesehatan. Permasalahan masih banyak terjadi pada administrasi pelayanan, yaitu di semua jurnal masih terdapat permasalahan yang mengakibatkan berkas tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan sehingga berkas dikembalikan lagi ke rumah sakit.

Verifikasi administrasi pelayanan dinilai dengan cara mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang di persyaratkan.

Berikut beberapa faktor yang menyebabkan tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan dilihat dari aspek kelengkapan dan kesesuaiannya, yaitu:

1. Aspek Kelengkapan:

Dari kelima jurnal faktor-faktor yang menyebabkan tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan dilihat dari aspek kelengkapannya yaitu:

- Ketidak lengkapan pada lembar syarat individual pasien, hal ini sebagian besar disebabkan karena salah pengentrian oleh petugas verifikasi BPJS internal rumah sakit
- Tidak dilampirkannya lembar laporan penunjang dan pendukung tindakan pada berkas yang memerlukan laporan penunjang dan pendukung tindakan.
- Tidak dilampirkannya surat perintah rawat inap
- Resume medis belum terisi lengkap.

2. Aspek Kesesuaian dilihat dari aspek kesesuaiannya yaitu:
 - a. Ketidak sesuaian pada lembar syarat fotocopy kartu BPJS karena kartu BPJS bukan milik pasien melainkan milik keluarganya dan kartu BPJS sudah tidak aktif.
 - b. Diagnosa tidak sesuai dengan Dokter Penanggung Jawab Pasiennya.
 - c. Ketidak sesuaian pada kelas perawatan karena ruangan yang sesuai dengan hak pasien penuh sehingga ditipt di ruangan lain tetapi data tidak di sesuaikan pada data di aplikasi.
 - d. Tidak adanya indikasi rawat inap karena pasien masuk dan keluar masuk di hari yang sama jadi tidak termasuk pasien rawat inap.
 - e. Tidak sesuainya data dalam Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data pada INA CBGs, tidak sesuai data SEP dengan berkas pendukung dan tidak sesuainya data pada INA CBGs dengan berkas pendukung.
 - f. Koding penyakit bukan koding unbundling. Tidak sesuainya mengenai ketentuan koding penyakit bukan koding unbundling merupakan salah satu potensi kecurangan (fraud) yang terjadi karena program JKN. Hal tersebut sesuai permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (fraud) dalam

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional paada Bab II pasal 5 disebutkan mengenai pemecahan episode pelayanan service unbundling or fragmentation merupakan klaim atas dua atau lebih diagnosa dana tau prosedur yang seharusnya menjadi satu paket pelayanan dalam episode yang sama atau menagihkan beberapa prosedur secara terpisah yang seharusnya dapat ditagihkan bersama dalam bentuk paket pelayanan untuk mendapatkan nilai klaim lebih besar pada satu periode perawatan pasien merupakan salah satu tindakan kecurangan JKN.

Berdasarkan tabel 2 dapat dijelaskan bahwa dari kelima jurnal terdapat perbedaan permasalahan pada ketentuan administrasi pengajuan klaim. Permasalahan yang terjadi pada kelima jurnal itu berbeda-beda. Dilihat dari aspek kelengkapan dan aspek kesesuaiannya, pada jurnal [1] masih terdapat ketidak lengkapan dan ketidak sesuaian pada administrasi pelayanan. Kemudian pada jurnal [2] masih terdapat ketidak lengkapan dan ketidak sesuaian pada administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan administrasi pelayanan kesehatan. Kemudian pada jurnal [3] terdapat ketidak lengkapan dan ketidak sesuaian pada

administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan. Kemudian pada jurnal [4] terdapat ketidak lengkapan dan ketidak sesuaian pada administrasi pelayanan dan administrasi pelayanan kesehatan. Kemudian pada jurnal [5] hanya terdapat ketidak lengkapan dan ketidak sesuaian pada administrasi pelayanan.

D. KESIMPULAN

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, mengenai Aspek-Aspek Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap, penulis mendapatkan beberapa kesimpulan yaitu sebagai berikut:

A. Berdasarkan ketentuan pada verifikasi klaim BPJS Kesehatan, yaitu:

1. Ketentuan administrasi kepesertaan
Ketentuan administrasi pelayanan dilihat dari kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinputkan dalam aplikasi INA CBGs. Dilihat dari aspek kelengkapan dan aspek kesesuaiannya, faktor penyebab pengembalian berkas klaim pada ketentuan administrasi kepesertaan ini disebabkan karena ketidak lengkapan pada berkas pendukung pelayanan pasien, ketidak sesuaian data pada Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data pada INA CBGs, ketidak sesuaian data pada Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan

data pada berkas pendukung, dan ketidak sesuaian data INA CBGs dengan data pada berkas pendukung.

2. Ketentuan administrasi pelayanan
Ketentuan administrasi pelayanan dilihat dengan mencocokkan kesesuaian berkas klaim yang diajukan dengan berkas yang di persyaratkan. Dilihat dari aspek kelengkapan dan aspek kesesuaiannya, faktor penyebab pengembalian berkas klaim pada ketentuan administrasi pelayanan ini disebabkan karena ketidak lengkapan pada bukti penunjang dan pendukung tindakan; resume medis belum terisi lengkap; ketidak lengkapan pada lembar syarat individual pasien; tidak adanya Surat Perintah Rawat Inap; diagnosa tidak sesuai dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) nya; ketidak sesuaian pada diagnosa, kelas perawatan dan tanggal keluar; tidak ada indikasi rawat inap dan koding penyakit bukan koding unbundling.
 3. Ketentuan pelayanan kesehatan
Dilihat dari aspek kelengkapan dan aspek kesesuaiannya, faktor penyebab pengembalian berkas klaim pada ketentuan pelayanan kesehatan ini disebabkan karena ketidak sesuaian pada kode diagnosis yang disebabkan karena banyak aturan atau regulasi yang sering berubah-ubah.
- B. Berdasarkan faktor-faktor penyebab pengembalian diatas, penyebab ketidak lengkapan dan ketidak sesuaian itu disebabkan

karena kurangnya ketelitian petugas dalam menyiapkan berkas klaim yang akan diajukan, petugas paling sering tidak melakukan pengecekan ulang pada saat melakukan input data sehingga banyak ketidaksesuaian isi data pada berkas klaim, kekurangan petugas dalam penginputan data sehingga petugas mengerjakan penginputan data secara terburu-buru yang mengakibatkan kesalahan pada penginputan dan Dokter Penanggung Jawab.

E. DAFTAR PUSTAKA

- Arikusnadi., W., N., Sudirman., Kadri., A. (2020). Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. *Jurnal Analisis Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Palu.*
- Irmawati., Sugiharto., Susanto, E., Astrianingrum, M. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap Oleh Verifikator BPJS Kesehatan di RSUD Tugurejo. *Jurnal Seminar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.*
- Irmawati., Kristijono, A., Susanto, E., Belia, Y. (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang.*
- Megawati, L., Pratiwi, D, R. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional Universitas Gadjah Mada.*
- Pengertian Literatur Review menurut ahli (2017), Purwono, Studi Kepustakaan, (<http://www.scribd.com/doc/49046967/STUDI-KEPUSTAKAAN>, diakses pada tanggal 22 Agustus 2020)
- Wijayanti, A, K., Kristijono, A. (2019). Identifikasi Komponen Penyebab Terjadinya Pengembalian Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD DR. M. Ashari Pemalang. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang.*