

Tinjauan Formulir Persetujuan Klaim (Fpk2) Pasien BPJS Rawat Inap di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu

Cica Maelan¹, Riantina Luxiarti^{2*}, Bayu Ajie Pradiptya³

^{1,2,3}Program Studi Perekam dan Informasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mahardika Cirebon

*Korespondensi Penulis: riantina@stikesmahardika.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Formulir Persetujuan Klaim (FPK2) BPJS Kesehatan merupakan berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak verifikasi BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit. Karena adanya ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan oleh pihak verifikasi Rumah Sakit. Tujuan Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Faktor Pengembalian Formulir Persetujuan Klaim BPJS (FPK2) Pasien Rawat Inap di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan deskriptif kuantitatif. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini seluruh berkas pasien BPJS rawat inap yang dikembalikan oleh verifikasi BPJS sebanyak 371 berkas di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu Tahun 2020.

Hasil: Faktor penyebab pengembalian klaim pasien BPJS rawat inap di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu didapatkan sebanyak 4 (empat) penyebab dari 7 (tujuh) faktor diantaranya 13 (16,66%) ketidaklengkapan resume medis, 28 (35,89%) ketidaktepatan kode diagnosa, 19 (24,35%) ketidaksesuaian tata laksana perawatan, dan 18 (23,07%) kurangnya lampiran lembar penunjang.

Kesimpulan: Faktor pengembalian klaim tertinggi terdapat pada ketidaktepatan diagnosa dan faktor pengembalian klaim terendah terdapat pada ketidaklengkapan resume medis. Diharapkan agar mengadakan evaluasi kinerja petugas klaim asuransi BPJS secara berkala mengenai kelengkapan syarat klaim dan evaluasi kepatuhan petugas dalam pengisian syarat yang diajukan pada pihak verifikasi BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: FPK2, BPJS Kesehatan, Rumah Sakit

ABSTRACT

Background: The BPJS Kesehatan Claims Approval Form (FPK2) contains the claim files returned by the BPJS Kesehatan verifier to the Hospital. Due to the incomplete claim file submitted by the hospital verifier.

Objective : The purpose of this study was to determine the Factor of Returning the BPJS Claim Approval Form (FPK2) for Inpatients at the Pantura M.A Sentot Patrol Hospital, Indramayu.

Method: The type of research was descriptive quantitative. The population used in this study were all inpatient BPJS patient files returned by the BPJS verifier, totaling 1,572 files at the Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu Regional Hospital in 2020.

Results: Factors causing claims for inpatient BPJS patients at the Pantura MA Sentot Patrol Indramayu Hospital were 4 (four) causes of 7 (seven) factors including 13 (16,66%) incomplete medical resume, 28 (35,89%) inaccurate diagnosis code, 19 (24,35%) mismatching of care management, and 18 (23,07%) lack of supporting sheet attachments.

Conclusion : The highest claim return factor is in the inaccuracy of diagnosis and the lowest claim return factor is in the incomplete medical resume. It is recommended to conduct a periodic evaluation of the performance of the BPJS insurance claim officer regarding the completeness of the claim requirements and the evaluation of the officer's compliance in filling out the requirements submitted to the BPJS Health.

Keywords: Claim Return Factor, Claim Terms, Inpatient

PENDAHULUAN

Menurut Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tempat yang digunakan untuk melaksanakan program pelayanan kesehatan yang terdiri dari promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang diselenggarakan oleh pemerintah. Dengan ketentuan UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dalam menjamin kesehatan masyarakat Indonesia, pemerintah membuat Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang tercantum pada UU No. 40 Tahun 2004 yang serupa dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini di implementasikan dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang tercantum pada UU No. 24 tahun 2011. Kesehatan sebagai pengelola pembayaran pelayanan kesehatan pasien kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) yaitu rumah sakit, yang melalui sistem Indonesian Case Base Groups (INA CBG's). INACBG's merupakan sebuah sistem pengelompokan penyakit atau sistem paket berdasarkan ciri klinis yang sama dan ditunjukan untuk pembiayaan kesehatan pada penyelenggara jaminan kesehatan. FKTL ataupun rumah sakit akan memperoleh hasilnya dari rata-rata besarnya biaya diagnosis penyakit.

Penentuan biaya hasil pelayanan kesehatan yang harus diklaim bergantung pada hasil ketepatan pengkodean diagnosis dan kelengkapan informasi rekam medis penunjang sebagai bukti terkait perawatan pasien rawat inap serta tertanda tangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan kesehatan. Klaim merupakan permintaan pembayaran biaya hasil pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan, proses penagihan klaim diserahkan kepada pihak BPJS Kesehatan melalui pengajuan biaya pelayanan kesehatan ke BPJS yang dibutuhkan sebagai syarat klaim yang akan diajukan kepada verifikator. Saat proses pengklaiman dilakukan terdapat banyak kendala atau hambatan dalam pelaksanaannya. Salah satunya terjadi penolakan klaim oleh verifikator yang disebabkan oleh ketidaktepatan diagnosa penyakit dan ketidaklengkapan informasi rekam medis yang dapat mengganggu operasional rumah sakit. Meliputi kelengkapan administrasi kepesertaan BPJS Kesehatan, lampiran pelayanan penunjang dan administrasi pelayanan seperti ketepatan diagnosis dan dokter penanggung jawab pasien (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim 2014)

Irmawati, dkk. (2018) dalam penelitiannya menggambarkan kelengkapan administrasi kepesertaan yang tidak sesuai sebanyak 35 berkas (71%), kesesuaian administrasi kepesertaan 37 berkas (76%), dan kesesuaian administrasi pelayanan 10 berkas (20%). Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai. Sedangkan pada alur pengajuan klaim belum mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP).

Berdasarkan hasil observasi awal yang dilakukan bulan Februari 2021 diperoleh bahwa di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu dengan 2 (dua) orang petugas verifikasi kelengkapan berkas klaim dan 1 (satu) orang coder pasien rawat inap. Peneliti menemukan adanya hambatan dalam proses pengklaiman pada FPK2 atau pengembalian berkas klaim oleh pihak BPJS sehingga dapat menghambat pembayaran klaim ke fasilitas kesehatan. Salah satunya yang disebabkan oleh syarat klinis seperti ketidaktepatan diagnosa, lembar penunjang yang tidak terlampirkan, tata laksana perawatan seperti ketidaksesuaian pemberian obat dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai dengan bidangnya. Urgensi penelitian ini adalah meninjau faktor apa saja yang dapat menjadi penyebab pengembalian Formulir Persetujuan Klaim BPJS (FPK2) Pasien Rawat Inap di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan peneliti adalah metode deskriptif kuantitatif yang bertujuan untuk meninjau berkas persetujuan klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS pada pasien BPJS rawat inap Tahun 2020. Lokasi penelitian ini di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu. Waktu dilaksanakan penelitian ini pada bulan Februari-April Tahun 2021. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas pasien BPJS rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator BPJS pada bulan Agustus, September dan Oktober sebanyak 371 berkas di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu Tahun 2020. Pengambilan sampel pada bulan tersebut, disebabkan data berkas pengembalian klaim pada bulan November dan Desember belum dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan dikarenakan berkas masih dalam proses verifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini *probability sampling* dengan menggunakan jenis sampel *simple random sampling*. Berdasarkan rumus dari Arikunto (2013) didapatkan hasil sampel penelitian ini, sebanyak 78 sampel berkas pengembalian klaim. pengambilan data pada penelitian ini adalah mengobservasi menggunakan lembar checklist data pengembalian berkas Klaim BPJS. Variabel penelitian yaitu Formulir Persetujuan Klaim (Fpk2) Pasien Bpjs Rawat Inap. Analisis data secara deskriptif yang menghasilkan informasi berupa persentase dari variabel, dan disajikan dalam bentuk narasi, tabel, dan diagram.

HASIL

Proses pengajuan klaim di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol sudah menggunakan aplikasi V-klaim BPJS Kesehatan. Hal ini dilakukan agar rumah sakit yang berkerjasama dengan BPJS Kesehatan mendapatkan kepastian waktu pembayaran klaim secara lebih akurat dan cepat. V-Klaim BPJS yaitu verifikasi digital klaim untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Hal ini dilakukan agar rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan bisa mendapatkan kepastian waktu pembayaran klaim secara lebih akurat dan lebih cepat, dibandingkan menggunakan klaim manual. Aplikasi ini terhubung online secara nasional, dan berfungsi untuk membantu proses input data para peserta JKN-KIS serta bisa mengirimkan data tagihan pelayanan dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan secara digital

Tabel 1. Rekapitulasi Faktor Penyebab Pengembalian Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Pada Bulan Agustus, September, Oktober Tahun 2020 Di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu

Faktor	Frekuensi	Persentase (%)
Resume Medis	3	16,66
Ketidaktepatan Diagnosa	28	35, 89
Tata Laksana Keperawatan	19	24,35
Lembar Penunjang	18	23,07
Total	78	100

Berdasarkan Tabel 1, diperoleh bahwa faktor pengembalian klaim di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu yang tertinggi terdapat pada ketidaktepatan diagnosa sebanyak 35,89%, karena kurangnya sinkronisasi koder dengan aturan pihak BPJS Kesehatan yang mengakibatkan ketidaktepatan kode diagnosa. Dan faktor pengembalian klaim yang terendah terdapat pada

ketidaklengkapan resume medis sebanyak 23,07%, karena adanya penumpukan berkas pada tiap ruangan sehingga dalam proses pengerjaan tidak maksimal dan masih kurang lengkap.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil observasi, RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan terkait dengan pembayaran pelayanan kesehatan. Metode pembayaran yang digunakan menggunakan sistem prospektif INACBG's yaitu menggunakan klaim yang akan mendapat penggantian biaya dari BPJS Kesehatan. Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan (Kepmenkes No 440, 2012). Dalam proses verifikasi berkas klaim yang tidak lengkap menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan yang dapat memberikan dampak pada gangguan operasional di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa faktor penyebab pengembalian klaim di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu didapatkan 35,89% faktor tertinggi yang disebabkan dari ketidaktepatan diagnosa dan 23,07% faktor terendah yang disebabkan dari ketidaklengkapan resume medis. Tingginya ketidaktepatan kode diagnosa dapat disebabkan oleh kurangnya tenaga rekam medis khususnya dibagian koder, rumah sakit hanya memiliki 1 koder di bagian klaim BPJS.. Proses pengodean tersebut perlu diperhatikan karena kesalahan pengodean dapat berdampak pada terjadinya penolakan tarif. Kode diagnosa penyakit menurut ICD-10 dan informasi rekam medis menjadi dasar penentuan besar biaya yang harus dibayarkan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan, jika ada kesalahan pada informasi rekam medis yang menyebabkan kesalahan pada kode diagnosis akan menyebabkan perbedaan tarif klaim, nantinya akan diperiksa oleh verifikator BPJS jika tidak disetujui maka akan berdampak langsung bagi operasional fasilitas kesehatan, Gifary & Arianti (2019).

Ketidaktepatan kode diagnose juga dapat mengganggu kelanjutan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit karena dapat menghambat biaya klaim yang dicairkan. Oleh karena itu, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas kepada Rumah Sakit terkait. Berkas yang dikembalikan ini merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus di lengkapi oleh Rumah Sakit dan harus diserahkan kembali pada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu secepatnya, agar berkas segera diklaim dan mempercepat pencairan dana. (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim 2014).

Cara meminimalisir faktor penyebab pengembalian klaim, yaitu petugas dapat men-Check kembali data yang ingin dikirimkan oleh verifikator BPJS dan petugas casemix atau koder harus memeriksa untuk ketepatan kode diagnosa dan memenuhi aturan yang sudah dibuat oleh pihak verifikator BPJS Kesehatan. Pada penelitiannya, Dwinugraheni (2019) menyebutkan adanya proses pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap masih mengalami kendala yaitu baru mengirimkan berkas klaim bulan Agustus, sedangkan klaim bulan September akan diajukan pada akhir bulan November yang disebabkan adanya perbedaan antara alur menurut Juknis dengan alur Rumah Sakit, di Juknis tidak ada verifikasi internal sedangkan di Rumah Sakit terdapat verifikasi internal. Serta ketersediaan berkas klaim yang harus mencapai 100% yaitu Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan Resume Medis, akan tetapi yang paling banyak ketidaktersediannya yaitu bukti pelayanan senilai 47,4%. Terdapat 10 orang yang bekerja terkait proses pengajuan dibagian rekam medis dan casemix. Peralatan penunjang yang digunakan dalam proses klaim meliputi komputer, printer, scanner, ICD 10 dan ICD 9 CM.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Gifari dan Ariyanti (2019). Penelitian ini menyimpulkan adanya ketidaklengkapan informasi 34 rekam medis yang meliputi hasil resume yang

tidak lengkap dan hasil penunjang yang tidak tersedia. Dalam hasil penelitian menunjukkan periode Januari-Maret 2019 sebagian besar disetujui dengan klaim disetujui sebanyak 790 atau 85,7% dan klaim ditolak sebanyak 132 atau 14,3% dan hasil penelitian menunjukkan 65,9% kelengkapan informasi rekam medis lengkap, 85,6% ketepatan

Penelitian Irmawati, dkk (2018) mendukung hasil penelitian ini yang menyebutkan adanya ketidaklengkapan dalam proses verifikasi yang menyebabkan 35 pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan di RSUD R.A Kartini Jepara. Dalam hasil penelitian diperoleh gambaran kelengkapan administrasi kepesertaan yang tidak sesuai sebanyak 35 berkas (71%), kesesuaian administrasi kepesertaan 37 berkas (76%), dan kesesuaian administrasi pelayanan 10 berkas (20%). Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai diagnosa dan 85,7% klaim disetujui.

KESIMPULAN DAN SARAN

Faktor penyebab pengembalian klaim di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu didapatkan 35,89% faktor tertinggi yang disebabkan dari ketidaktepatan diagnosa dan 23,07% faktor terendah yang disebabkan dari ketidaklengkapan resume medis. Diharapkan pihak rumah sakit Mengadakan evaluasi kinerja petugas klaim asuransi BPJS secara berkala mengenai kelengkapan syarat klaim. Dan bagi petugas rekam medis Perlu ketelitian dalam memenuhi syarat dalam teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan dan harus selalu update terkait informasi terbaru tentang aturan aturan yang diperbaharui oleh pihak BPJS Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Dwinugrahaeni, 2019. *Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Proses Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang* http://repository.poltekkessmg.ac.id/?p=show_detail&id=18214 Diakses tanggal 21 Januari 2021.
- Gifari dan Ariyanti, 2019. *Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan Pada Pasien Rawat Inap* http://journals.stikim.ac.id/index.php/jik_m/article/view/415 Diakses tanggal 21 Januari 2021
- Irmawati, Kristijono, Susanto dan Belia, 2019. *Tentang Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat- Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara*. <http://ejournal.poltekkessmg.ac.id/ojs/index.php/RMIK/article/view/3594> Diakses tanggal 1 Februari 2020
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No 440/MENKES/SK/XII/2012/ Tentang Sistem INA CBG's Kesehatan
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Rineka Cipta. Jakarta.
- Panduan Administrasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan 2019. <https://www.bpjskesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/5fb1dc8414591e392ab5a3f70e2ab35a.pdf> Diakses tanggal 19 Februari 2021.
- Panduan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan (2019). <https://id.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E210ID91215G0&p=Panduan+verifikasi+klaim+bpjs> Diakses tanggal 18 Februari 2021.
- Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004, Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

<http://luk.staff.ugm.ac.id/atur/sehat/UU-40-2004-SistemJaminanSosialNasional.pdf> Diakses tanggal 20 Januari 2021. 39.

Undang-Undang No. 24 tahun 2011, Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Kesehatan.

<https://www.bpjskesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/20e67493084e6d2e600888b1dd9f94f4.pdf> Diakses tanggal 15 Januari 2021.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Apa Itu Kesehatan.

<https://sireka.pom.go.id/requirement/UU-36-2009-Kesehatan.pdf> Diakses tanggal 16 Februari 2021.