

## **Analisis Penyebab Pengembalian Berkas Klaim JKN Pada Layanan Rawat Jalan RS Awal Bros**

**Riska Pradita<sup>1</sup>, Retno Kusumo<sup>\*2</sup>**

<sup>1,2</sup> Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Awal Bros

Email: [riskapradipta@univawalbros.ac.id](mailto:riskapradipta@univawalbros.ac.id)

### **Abstrak**

Dalam upaya melakukan pengajuan klaim JKN, rumah sakit memiliki beberapa faktor yang menyebabkan pengembalian berkas. Umumnya disebabkan ketidaktepatan diagnosis dan ketidaklengkapan dokumen. Penelitian ini bertujuan menganalisis penyebab pengembalian klaim JKN rawat jalan di RS Awal Bros Batam. Jenis penelitian ini yaitu analisis kualitatif, lokasi di RS Awal Bros Batam pada bulan Februari 2025. Sebanyak 6 orang petugas di Unit Casemix sebagai subjek, dan berkas BPJS Kesehatan Rawat Jalan periode Triwulan IV sebanyak 53.226 berkas sebagai objek. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan studi dokumen. Dari hasil penelitian, pelaksanaan proses pengajuan klaim JKN pada pelayanan rawat jalan di RS Awal Bros Batam sudah memenuhi persyaratan administrasi kelengkapan pengajuan klaim BPJS Kesehatan, akan tetapi belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) dan Pedoman Internal yang mengatur terkait proses pelaksanaan pengajuan klaim. Pada periode trimester IV tahun 2024, sebanyak 4.352 (11.1%) pengembalian berkas klaim JKN di RS Awal Bros Batam, penyebab paling banyak pada Indikasi Kontrol Berulang (Pregmentasi) sebesar 4.286 berkas. Faktor penyebab pengembalian klaim JKN antara lain ketidaktepatan pemberian kode diagnosis, ketidaklengkapan dokumen, serta tidak adanya SOP dan pedoman internal pelaksanaan BPJS Kesehatan. Kesimpulan penelitian ini yaitu Pregmentasi Dalam Waktu Satu Minggu merupakan penyebab pengembalian klaim JKN rawat jalan terbanyak.

Kata kunci: BPJS Kesehatan, Klaim JKN, Penyebab Pengembalian Berkas, Rawat Jalan

### **Abstract**

*In an effort to submit JKN claims, hospitals have several factors that cause files to be returned. Generally caused by inaccurate diagnosis and incomplete documents. This study aims to analyze the causes of the return of outpatient JKN claims at Awal Bros Hospital, Batam. This type of research is a qualitative analysis, located at Awal Bros Hospital, Batam in February 2025. A total of 6 officers in the Casemix Unit served as subjects, and 53,226 BPJS Kesehatan Outpatient files for the fourth quarter period served as objects. Data collection techniques were carried out through interviews and document studies. From the results of the study, the implementation of the JKN claim submission process for outpatient services at Awal Bros Hospital, Batam has met the administrative requirements for completeness of BPJS Kesehatan claim submissions, however, there are no Standard Operating Procedures (SOPs) and Internal Guidelines that regulate the process of implementing claim submissions. In the fourth trimester of 2024, a total of 4,352 (11.1%) JKN claim files were returned at Awal Bros Hospital, the most common cause being Repeated Control Indications (Pregmentation) amounting to 4,286 files. Factors contributing to JKN claim refunds include inaccurate diagnosis coding, incomplete documentation, and the absence of standard operating procedures (SOP) and internal guidelines for BPJS Kesehatan implementation. The study concluded that pregmentation within one week was the most common cause of outpatient JKN claim refunds.*

*Keywords:* BPJS Health, Cause of Return the claim files, JKN Claims, Outpatient Care

## 1. PENDAHULUAN

Keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, mulai dari Puskesmas hingga Rumah Sakit. Layanan kesehatan bagi publik, baik pelayanan rawat jalan maupun rawat inap tersedia di rumah sakit. Salah satu bagian pelayanan di rumah sakit yang mendukung program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pada tahun 2019, ditargetkan seluruh penduduk Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan yang dilakukan oleh BPJS.

Pemantapan dan penyempurnaan pelaksanaan jaminan kesehatan dengan munculnya Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan sebagai wujud implementasi aspek peraturan perundangan. Klaim BPJS dibayarkan berdasarkan layanan yang diberikan oleh rumah sakit, meliputi pemeriksaan, tindakan, obat, penunjang baik rawat inap maupun rawat jalan. Semuanya harus didokumentasikan dan dikode secara tepat menggunakan ICD-10 & ICD-9CM. Dalam upaya untuk melakukan pengajuan klaim BPJS, rumah sakit sebagai FKRTL umumnya memiliki beberapa faktor yang menyebabkan munculnya berkas klaim individual dengan status *pending*, tidak layak dan layak.

Pengembalian berkas klaim JKN umumnya disebabkan karena kesalahan administrasi, seperti ketidaktepatan diagnosis dan ketidaklengkapan dokumen. Ketidaksesuaian tarif dan pelanggaran standar pelayanan juga menjadi faktor yang sering ditemui, seperti tarif yang diajukan melebihi batas karena tindakan medis yang tidak sesuai indikasi. Dampak dari pengembalian berkas klaim JKN antara lain tertundanya pembayaran klaim, meningkatnya beban administrasi, dan pasien merasa dirugikan. Fasilitas kesehatan perlu perbaikan sistem administrasi, peningkatan kualitas pelayanan, dan menjalin komunikasi yang baik dengan BPJS Kesehatan untuk mengatasi masalah ini, sehingga proses klaim dapat berjalan lebih lancar dan efisien [1].

Berbagai kendala dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit seringkali ditemui, dampaknya pada efisiensi pelayanan dan kepuasan pasien. Masalah umum yang sering dihadapi antara lain kesalahan administrasi, perbedaan interpretasi aturan, dan keterlambatan pengajuan. Beban kerja yang tinggi, sistem informasi yang belum optimal, serta perubahan kebijakan BPJS Kesehatan yang cepat semakin memperumit situasi. Penggunaan teknologi informasi yang terintegrasi dan upaya untuk meningkatkan koordinasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan dapat menjadi solusi jangka panjang untuk mengatasi permasalahan ini. Dengan demikian, pembayaran klaim dapat dilakukan lebih cepat, kualitas pelayanan rumah sakit dapat ditingkatkan, dan pasien pun merasa lebih puas[2].

Kasus seperti ini memberikan dampak tidak hanya menyebabkan rumah sakit harus mengembalikan sejumlah dana, namun juga berkas klaim yang awalnya telah dinyatakan layak harus dilakukan upaya pemeriksaan kembali. Pemeriksaan ini tentu saja memerlukan waktu dan sumber daya yang secara khusus perlu dialokasikan oleh rumah sakit. Apabila pelayanan tidak sesuai ketentuan, pada efektifitas layanan rumah sakit akan berdampak secara langsung terkait ancaman pengembalian dana yang dapat terjadi.

Dalam proses pengeklaiman berkas JKN di Rumah Sakit Awal Bros Batam terdapat kendala pada ketidaklengkapan berkas klaim seperti kurangnya kelengkapan dokumen penunjang, serta kesalahan dalam pengisian formulir klaim misalnya pada kolom diagnosis dan prosedur. Masalah administrasi ini dapat menyebabkan klaim tertunda atau bahkan ditolak dan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis penyebab pengembalian berkas klaim JKN pada layanan rawat jalan di RS Awal Bros Batam dengan mengidentifikasi proses pelaksanaan pengajuan klaim JKN pada

pelayanan rawat jalan, mengetahui tingkat keberhasilan pengajuan jumlah klaim yang diterima dan ditolak, serta menganalisis faktor-faktor penyebab pengembalian klaim JKN pada pelayanan rawat jalan.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka peneliti tertarik mengambil judul Analisis Penyebab Pengembalian Berkas klaim JKN Pada Pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit Awal Bros Batam. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memastikan bahwa semua informasi yang dikirim ke BPJS Kesehatan akurat dan lengkap, sehingga mengurangi kemungkinan klaim ditolak atau tertunda. Dengan memahami dan mengidentifikasi kendala dalam pengelolaan klaim JKN, serta berpartisipasi aktif dalam upaya perbaikan sistem, diharapkan proses klaim di Rumah Sakit Awal Bros Batam dapat berjalan lebih efektif dan efisien.

## 2. METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian dengan metode analisis kualitatif. Penelitian ini dilakukan di RS Awal Bros Batam pada bulan Februari tahun 2025. Subjek pada penelitian ini sebanyak 6 orang petugas di Unit casemix yang terdiri dari 1 orang Koordinator Bagian Casemix, *Coder* Rawat Jalan sejumlah 3 orang, serta staf administrasi di Casemix sebanyak 2 orang. Sedangkan objek penelitian ini yaitu berkas klaim BPJS Kesehatan kasus rawat jalan periode Triwulan IV (bulan Oktober hingga Desember tahun 2024) sebanyak 53.226 berkas. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan studi dokumen, menggunakan alat pengumpul berupa pedoman wawancara, *checklist* dokumen, serta ATK. Data hasil penelitian dianalisis menggunakan metode analisis interaktif yaitu mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antara kategori, grafik, matrik flowchart dan sejenisnya.

## 3. HASIL

### 3.1. Karakteristik Responden

Jumlah responden yang terlibat pada penelitian ini sebanyak 6 orang petugas di Unit Casemix yang terlibat pada kegiatan klaim BPJS Kesehatan pada layanan rawat jalan di Rumah Sakit Awal Bros. Berikut merupakan data karakteristik responden pada penelitian ini:

**Tabel 1. Karakteristik Responden**

<b>No</b>	<b>Karakteristik</b>	<b>Frekuensi</b>	
		<b>Jumlah</b>	<b>Prosentase (%)</b>
1.	<b>Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	0	0
	Perempuan	6	100
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
2.	<b>Usia</b>		
	21 – 30 Tahun	1	17
	31 – 40 Tahun	5	83
	41 – 50 Tahun	0	0
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

(Lanjut ...)

**Tabel 1. (Lanjutan ....)**

<b>No</b>	<b>Karakteristik</b>	<b>Frekuensi</b>	
		<b>Jumlah</b>	<b>Prosentase (%)</b>
<b>3.</b>	<b>Pendidikan</b>		
	D3	3	50
	S1	3	50
	S2	0	0
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
<b>4.</b>	<b>Jabatan</b>		
	Koordinator	1	17
	Coder	3	50
	Admin	2	33
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>
<b>5.</b>	<b>Lama Bekerja</b>		
	1 – 5 Tahun	3	50
	6 – 10 Tahun	0	0
	11 – 15 Tahun	3	50
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 1 distribusi responden diklasifikasikan menurut jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, dan lama bekerja. Pada penelitian ini, distribusi responden berdasarkan jenis kelamin yaitu keseluruhan perempuan sebanyak 6 orang (100 %). Distribusi responden berdasarkan kelompok usia terbanyak yaitu rentang usia 31–40 tahun sebanyak 5 orang (83 %), sedangkan pada rentang usia 31–40 tahun sebanyak 1 orang (17 %). Berdasarkan pendidikan, responden yang lulusan D3 dan S1 sebanyak 3 orang (50 %). Berdasarkan pekerjaan, responden terbanyak merupakan *Coder* sebanyak 3 orang (50 %), Koordinator Casemix sebanyak 1 orang (17 %), serta administrasi sebanyak 2 orang (33 %). Distribusi responden berdasarkan lama bekerja pada rentang 1–5 tahun sebanyak 3 orang (50 %), pada rentang 11–15 tahun sebanyak 3 orang (50 %).

### **3.2. Proses Pelaksanaan Pengajuan Klaim JKN Pada Pelayanan Rawat Jalan**

Proses pelaksanaan pengajuan klaim JKN pada pelayanan rawat jalan diawali dengan pengecekan kembali berkas pasien atau provider yang diberikan ke *Casemix* berdasarkan kesesuaian tanggal pemeriksaan, klinik pemeriksaan, diagnosis atau tindakan, dan tanda tangan dokter. Setelah melakukan pengecekan, apabila terdapat lembar provider pasien yang tidak lengkap maka petugas poliklinik yang bertanggungjawab terhadap pengisian data harus melengkapinya. Beberapa temuan ketidaklengkapan pada lembar provider seperti nama klinik yang belum tertulis, serta masih ada lembar biaya *billing* rumah sakit yang belum terlampir. Selain itu, *coder* harus melakukan reseleksi kode utama diagnosis penyakit pada kasus *follow up care* atau kunjungan kontrol. Setelah sekiranya berkas pemeriksaan pasien sudah lengkap maka petugas masih harus mengecek kelengkapan dan kesesuaian tanda tangan dengan tanggal pemeriksannya. Apabila tidak lengkap ataupun tidak sesuai, maka *coder* harus melakukan konfirmasi ke petugas poliklinik yang bertanggungjawab mengisi lembar provider karena ketidaklengkapan tersebut akan menghambat proses penginputan data ke SIMRS HIS.

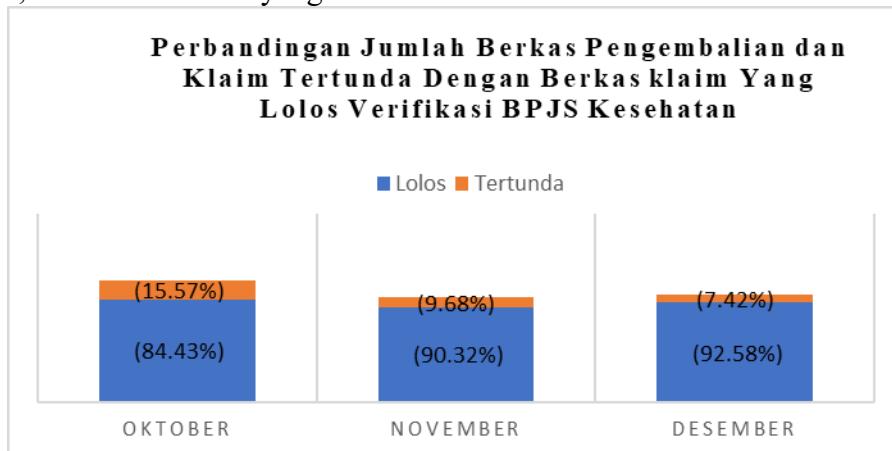
Pada lembar provider pasien yang sudah lengkap selanjutnya dilakukan penginputan data ke HIS meliputi kode diagnosis penyakit dan tindakan berdasarkan diagnosis dan tindakan yang dituliskan oleh dokter sesuai ICD 10 dan ICD 9-CM. Setelah dilakukan penginputan pada HIS, *coder* melakukan pengklaiman berkas klaim BPJS ke sistem INA-

CBG's dengan melakukan *bridging* dari HIS, sehingga akan muncul kode diagnosis dan tindakan, serta tarif rumah sakit yang sudah diinputkan pada tahap sebelumnya. Kemudian *coder* melakukan *grouping* pada sistem INA-CBG's, sehingga akan tampil hasil grouper biaya klaim JKN berdasarkan pedoman tarif BPJS Kesehatan. Admin di unit Casemix memastikan kembali data hasil grouper tidak selisih secara signifikan dengan tarif rumah sakit. Apabila sudah sesuai, maka admin dapat melakukan penyimpanan dan mengirimkan data ke server BPJS Kesehatan. Dalam pelaksanaan proses pengajuan klaim JKN pada pelayanan rawat jalan di RS Awal Bros Batam sudah dilaksanakan secara sistematis, akan tetapi belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur terkait proses pelaksanaan pengajuan klaim tersebut.

Setiap bulan petugas di Unit Casemix melakukan pemberkasan klaim pasien JKN untuk dikirimkan ke kantor BPJS Kesehatan paling lambat pada awal bulan berikutnya. Berkas yang dilampirkan antara lain lembar provider pasien, lembar SEP, resume medis, hasil expertise atau penunjang medis seperti lembar hasil EKG, USG, MRI, Laboratorium Klinis maupun Patologi Anatomi, tarif rumah sakit, dan lainnya.

### 3.3. Analisis Data Hasil Pengajuan Klaim JKN Pada Pelayanan Rawat Jalan

Keseluruhan total berkas klaim JKN pelayanan rawat jalan periode Trimester IV tahun 2024 yang diajukan sebanyak 53.226 berkas. Berkas klaim yang tidak lolos verifikasi sebanyak 5.911 berkas (11,1%), sedangkan berkas lolos klaim sebanyak 47.315 berkas (88,9%). Berikut rincian perbandingan antara berkas klaim yang dikembalikan akibat tidak lolos verifikasi, dan berkas klaim yang lolos verifikasi BPJS Kesehatan.

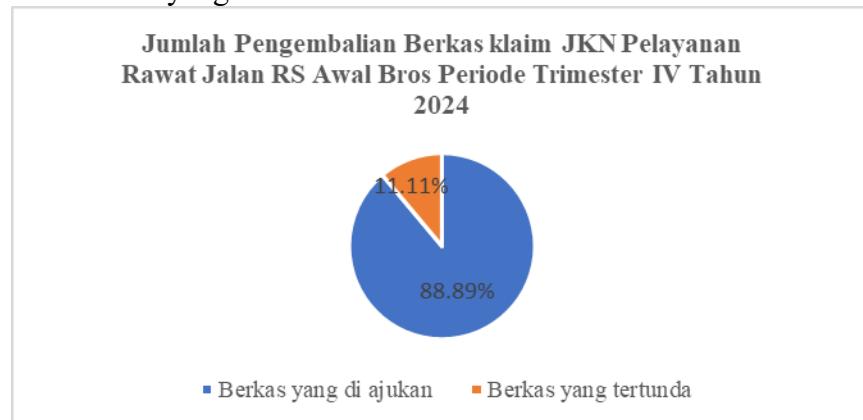


Gambar 1. Diagram Perbandingan Jumlah Berkas klaim Yang Lolos dengan Berkas yang Dikembalikan dan Tertunda Periode Trimester IV tahun 2024

Berdasarkan gambar diagram di atas, dari jumlah berkas pada bulan Oktober sebanyak 19.429, terdapat jumlah berkas klaim dikembalikan termasuk klaim *pending* pada bulan Oktober sebanyak 3.025 berkas, sedangkan berkas lolos verifikasi sejumlah 16.404 berkas. Dari jumlah berkas klaim bulan November yang diajukan sebanyak 16.710, terdapat 1.618 berkas klaim yang dikembalikan dan 15.092 berkas yang lolos klaim. Pada bulan Desember sebanyak 17.228 dengan jumlah berkas klaim yang diajukan, terdapat 1.268 berkas klaim yang dikembalikan, sedangkan berkas lolos verifikasi sebanyak 15.819 berkas.

Pada diagram tersebut juga menunjukkan bahwa tingkat pengembalian berkas klaim JKN yang tertinggi yaitu pada bulan Oktober sebanyak 3.025 berkas. Penyebabnya karena kurang lengkapnya berkas klaim yang diajukan kepada pihak BPJS. Jumlah pengembalian berkas klaim JKN pasien rawat jalan pada trimester IV tahun 2024 sebanyak 5.911 berkas,

sedangkan 47.315 berkas lolos verifikasi dari keseluruhan jumlah pengajuan klaim sebanyak 53.226 berkas. Berikut perbandingan prosentase jumlah pengembalian berkas klaim dibandingkan jumlah klaim yang lolos verifikasi:



Gambar 2. Diagram Jumlah Pengembalian Berkas klaim Periode Trimester IV Tahun 2024

Secara keseluruhan berkas klaim JKN periode Trimester IV tahun 2024, sebanyak 5.911 berkas (11.11%) terdiri dari 4.352 pengembalian berkas klaim dan 1.559 berkas *pending* klaim, penyebabnya karena berkas yang diajukan belum memenuhi persyaratan klaim BPJS Kesehatan, yaitu berkas tidak lengkap, kesalahan dalam memasukkan kode diagnosis atau prosedur, serta kasus-kasus dalam menangani pasien BPJS Kesehatan masih kurang jelas. Adapun alasan lain pengembalian berkas klaim pada rawat jalan disebabkan resume medis tidak ditandatangani oleh DPJP (Dokter Penanggungjawab Pasien), dan petugas medis. Selain itu terdapat berkas klaim kunjungan pasien berulang dalam satu minggu, kunjungan untuk membaca hasil *expertise*, dan konsul internal Poliklinik Rawat Jalan dan Fisioterapi. Alasan lain klaim tertunda antara lain diagnosis tidak terbaca, ketidaktepatan pemberian kode diagnosis dan tindakan karena perbedaan persepsi antara koder dan dokter, serta tidak lengkapnya berkas klaim seperti hasil pemeriksaan penunjang pasien. Pada kasus rawat jalan yang dilakukan pelayanan penunjang harus melampirkan bukti laporan penunjang agar dapat diketahui kisaran biaya tambahan yang harus ditagih kepada pihak BPJS Kesehatan. Berikut aspek penyebab pengembalian berkas klaim JKN rawat jalan pada tiga bulan terakhir (Oktober, November, dan Desember tahun 2024):

Tabel 2. Kategori Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Jalan JKN di RS Awal Bros Batam Pada Trimester IV Tahun 2024

No	Kategori Penyebab	Jumlah		
		Oktober	November	Desember
1	Konsul pro toleransi operasi	4	7	1
2	Konsul pro tindakan	8	0	0
3	Pregmentasi dalam waktu 1 minggu	1613	1511	1162
4	Satu Episode Perawatan	2	4	1
5	Indikasi Pemeriksaan USG	15	8	17
<b>Total</b>		<b>1.642</b>	<b>1.530</b>	<b>1.181</b>

Berdasarkan tabel penyebab pengembalian berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan diatas dapat dikategorikan menjadi lima (5) penyebab antara lain sebagai berikut :

- 1) Konsul pro toleransi operasi. Sebelum pasien dilakukan operasi, dokter melakukan serangkaian pemeriksaan penunjang seperti pengecekan laboratorium dan radiologi. Pada kasus ini, pemeriksaan sebelum operasi tidak dapat diklaim sebagai periode rawat jalan oleh BPJS Kesehatan, akan tetapi harus digabungkan dalam 1 periode rawat inap. Sebagai contoh pada kasus operasi, klaim tertunda karena perlu konsultasi tambahan untuk memastikan kebutuhan operasi benar-benar diperlukan. Jumlah kasus pengembalian berkas klaim pada kategori Konsul Pro Toleransi Operasi pada bulan Oktober terdapat 4 berkas, bulan November terdapat 7 berkas, dan bulan Desember terdapat 1 berkas, dengan total keseluruhan sejumlah 12 berkas.
- 2) Konsul Pro Tindakan. Tindakan yang ditagihkan hanya kunjungan konsultasi awal saja, meskipun terdapat konsultasi dengan dokter anastesi, kecuali terdapat tindakan coloskopi, EEG, EGD, dan BMP. Jumlah kasus pengembalian berkas klaim pada kategori Konsul Pro Tindakan terdapat 8 berkas hanya terjadi pada bulan Oktober terdapat 8 berkas, sedangkan bulan November dan Desember tidak ada kasus.
- 3) Indikasi Kontrol Berulang (Pegmentasi). Pegmentasi merupakan konsultasi yang dimana pasien hanya diperbolehkan konsultasi ke dokter yang sama satu kali dalam jangka waktu satu minggu, kecuali memiliki rujukan aktif. Kasus yang sering terjadi biasanya pasien berkunjung lebih dari satu kali pada dokter yang sama karena diperlukan pemeriksaan lanjutan untuk memastikan kebutuhan pengobatan atau Tindakan. Jumlah kasus pengembalian berkas klaim pada kategori Pegmentasi terjadi paling sering dibandingkan kategori penyebab lain dalam pengembalian berkas klaim JKN dengan total keseluruhan sebanyak 4.286 berkas yang terdiri dari 1.613 berkas terjadi pada bulan Oktober, bulan November sejumlah 1.511 berkas, dan pada bulan Desember sejumlah 1.162 berkas.
- 4) Rawat Jalan Berlanjut Rawat Inap (Satu Episode Perawatan). Hal ini terjadi apabila setelah kunjungan rawat jalan pasien kemudian dirawat inap maka harus digabungkan menjadi satu episode perawatan, serta hanya dapat diajukan klaim sebagai satu kali kunjungan rawat inap. Pada kasus ini, penundaan klaim terjadi karena perlu klarifikasi lebih lanjut terkait dengan episode perawatan yang spesifik. Jumlah kasus pengembalian berkas klaim pada kategori satu episode perawatan ini pada bulan Oktober terdapat 2 berkas, bulan November 2 berkas, dan pada bulan Desember 2 berkas, dengan total keseluruhan sejumlah 7 berkas.
- 5) Indikasi Pemeriksaan USG. Jumlah kasus pengembalian berkas klaim pada kategori Indikasi Pemeriksaan USG pada bulan Oktober terdapat 15 berkas, bulan November sebanyak 5 berkas, dan pada bulan Desember sebanyak 17 berkas, dengan total keseluruhan sejumlah 40 berkas.

#### **3.4. Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Klaim JKN Pada Pelayanan Rawat Jalan**

Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya pengembalian klaim JKN pelayanan rawat jalan antara lain sebagai berikut :

- 1) Aspek Sumber Daya Manusia

Dalam proses pelaksanaan klaim JKN di Rumah Sakit Awal Bros terjadinya pengembalian berkas klaim, salah satu faktor penyebabnya yaitu ketidaktepatan pemberian kode diagnosis dan tindakan medis oleh petugas pengkodean atau *coder*. Ketidaktepatan kode tersebut bisa terjadi karena perbedaan pemahaman antara pihak verifikator BPJS dengan *coder*. Ketidaktepatan kode yang seringkali ditemukan biasanya hanya tertulis diagnosisnya saja tanpa kode ICD-10 atau kurangnya karakter ke empat pada pengkodean diagnosis

berdasarkan ICD-10. Selain itu, seringkali terjadi ketidaktepatan penentuan kode utama. Hal ini terjadi tidak sepenuhnya karena kesalahan *coder*, tetapi juga dikarenakan kurangnya data pendukung dari unit penunjang sehingga *coder* tidak tepat dalam menganalisis dan menentukan diagnosis maupun tindakan medis yang dijadikan sebagai kode utama. Pada kasus ini, apabila terdapat diagnosis tanpa disertakan hasil pemeriksaan yang sesuai atau bahkan hasil pemeriksaan tidak tersedia, maka berkas tersebut akan terjadi pengembalian oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit untuk dikonfirmasi.

### 2) Aspek Metode

Pedoman yang digunakan di RS Awal Bros dalam pelaksanaan berkas klaim JKN mengacu pada Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, serta Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Namun, belum ada SOP dan Pedoman internal yang mengatur prosedur pelaksanaan klaim JKN. Untuk menekan jumlah pengembalian berkas klaim JKN dibutuhkan pedoman internal yang memuat aturan penentuan kode utama, serta aturan yang memuat kriteria kondisi perawatan yang dapat ditanggung BPJS Kesehatan seperti apa saja. Pada kenyataannya, seringkali petugas yang menangani pasien baik petugas administrasi maupun perawat dan dokter di ruang perawatan pasien rawat jalan maupun rawat inap saat menerima pasien harus melakukan konfirmasi terlebih dahulu kepada Koordinator Casemix terkait kriteria kondisi yang dapat ditanggung. Hal ini terjadi karena tidak adanya Pedoman Internal dan tidak adanya sosialisasi peraturan klaim JKN kepada petugas kesehatan lainnya di rumah sakit.

### 3) Aspek Material

Pada faktor material, ketidaklengkapan berkas klaim rawat jalan menjadi penyebab pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan. Misalnya yang sering terjadi yaitu tidak terdapatnya atau kurangnya bukti/lampiran hasil penunjang pasien antara lain hasil pemeriksaan laboratorium, USG, MRI, CT Scan, dan lainnya. Dokumen penunjang merupakan hasil pelayanan tambahan untuk pasien yang melakukan pelayanan penunjang. Apabila laporan penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam pengajuan klaim JKN, maka akan terjadi pengembalian berkas klaim untuk dilengkapi lampiran dokumen yang kurang. Penting untuk melakukan pengecekan ulang dokumen pemeriksaan pasien sebelum petugas Casemix melakukan penginputan kode di HIS atau aplikasi INA-CBG's. Tidak tersedianya lembar penunjang akan berpengaruh pada keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien karena lembar penunjang merupakan bukti pasien telah melakukan pelayanan tambahan.

## 4. PEMBAHASAN

Dalam proses pelaksanaan pengajuan klaim JKN pada pelayanan rawat jalan, pihak BPJS Kesehatan hanya akan memverifikasi berkas pengajuan klaim rawat jalan apabila semua berkas sudah lengkap. Beberapa kelengkapan berkas pengajuan seperti surat SEP, bukti pelayanan yang mencantumnya diagnosa dan prosedur tanda tangan oleh DPJP, berkas pendukung dan penunjang lainnya wajib dilampirkan. Di RS Awal Bros Batam proses pengajuan klaim JKN pada pelayanan rawat jalan sudah dilaksanakan secara sistematis, akan tetapi belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur terkait proses pelaksanaan pengajuan klaim tersebut. Selain itu, masih terdapat temuan ketidaklengkapan pada lembar provider, serta lembar biaya *billing* rumah sakit yang belum terlampir. Di sisi lain, *coder* harus melakukan reseleksi kode utama diagnosa penyakit pada kasus *follow up care* atau kunjungan kontrol. Setelah sekiranya berkas pemeriksaan pasien sudah lengkap maka petugas masih harus mengecek kelengkapan dan kesesuaian tanda tangan dengan

tanggal pemeriksaannya. Apabila tidak lengkap ataupun tidak sesuai, maka *coder* harus melakukan konfirmasi ke petugas poliklinik yang bertanggungjawab mengisi lembar provider.

Sesuai dengan persyaratan administrasi yang ditetapkan Direktorat Pelayanan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim tahun 2014 [3], dalam pengajuan klaim rawat jalan ke BPJS Kesehatan, kelengkapan yang harus dipenuhi sebagai berikut a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP), b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), c. Bukti pendukung tambahan, jika ada pembayaran klaim di luar INA'CBG, d. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, e. Resep alat kesehatan, f. Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dll). Begitu juga sejalan dengan penelitian Emilia [4], proses klaim BPJS memerlukan berkas yang dijadikan syarat diterimanya klaim tersebut. Berkas akan diolah oleh petugas *Casemix* setelah pasien selesai mendapatkan pelayanan. Adapun berkas tersebut sebagai berikut Berkas klaim untuk Pasien Rawat Jalan seperti surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat I/ Surat emergency, surat Eligibilitas Peserta (SEP), fotokopi KTP dan kartu BPJS, resume, laporan pemeriksaan penunjang, resep obat, billing. Apabila berkas persyaratan tidak lengkap, berkas klaim mungkin dikembalikan, yang dapat merugikan RS karena memperlambat proses pembayaran klaim. Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan polis [5]. Di Sakit Awal Bros Batam, berkas dalam pengajuan klaim JKN sebagai persyaratan administrasi sudah sesuai dengan ketentuan pihak BPJS Kesehatan meskipun setiap kali proses pengajuan masih terdapat beberapa berkas yang belum lengkap seperti lembar pemeriksaan penunjang dan lembar biaya *billing* rumah sakit.

Dari jumlah keseluruhan berkas klaim pasien rawat jalan yang diajukan sebanyak 53.226 berkas periode bulan Oktober, November, dan Desember tahun 2024, terdapat 4.352 (11,1%) berkas yang dikembalikan karena tidak lolos verifikasi oleh BPJS Kesehatan. Penyebab pengembalian berkas klaim di RS Awal Bros Batam dikategorikan dalam lima (5) kategori yaitu Konsul Pro Toleransi Operasi sebanyak 12 berkas, Konsul Pro Tindakan sebanyak 8 berkas, Pregmentasi Periode Satu Minggu sebanyak 4.286 berkas, Satu Episode Perawatan sebanyak 7 berkas, serta Indikasi Pemeriksaan USG sebanyak 40 berkas. Dari 5 kategori penyebab pengembalian berkas klaim tertinggi pada pregmentasi dalam periode satu minggu.

Sejalan dengan penelitian Amri [6] penyebab terjadinya hal tersebut adalah tidak dilakukannya sosialisasi secara terus menerus dan bekesinambungan, SOP dalam seluruh alur manajemen klaim tidak lengkap, resume medis masih manual, format resume medis rawat jalan tidak mengakomodasi keterangan yang harus disertai dalam resume medis, dan sistem aplikasi BPJS Kesehatan memungkinkan terjadinya masalah pada episode pelayanan. Adanya pengembalian berkas klaim JKN berdampak secara langsung pada efektifitas layanan rumah sakit terkait ancaman pengembalian biaya. Pada pregmentasi pelayanan rawat jalan, terdapat ketentuan pregmentasi yang tidak dipahami oleh petugas unit pendaftaran secara utuh dapat menimbulkan kebingungan dalam menerima pasien rawat jalan dengan kunjungan kurang dari atau sama dengan tujuh hari sehingga menimbulkan complain dan dapat berdampak pada kepuasan pasien.

Adapun faktor penyebab yang mempengaruhi terjadinya pengembalian berkas klaim pelayanan rawat jalan di RS Awal Bros Batam yaitu ketidaklengkapan laporan pemeriksaan penunjang, lembar protokol kemoterapi, dan lembar biaya *billing* rumah sakit. Padahal laporan penunjang pasien pelayanan rawat jalan merupakan persyaratan penting dalam pengajuan klaim JKN. Di sisi lain agar dapat diketahui kisaran biaya tambahan yang harus ditagih kepada pihak BPJS Kesehatan. Sejalan dengan penelitian[3], kasus pascaklaim ini tak

hanya menyebabkan rumah sakit harus mengembalikan sejumlah dana, namun juga harus melakukan upaya pemeriksaan kembali berkas-berkas klaim yang awalnya telah dinyatakan layak. Pemeriksaan ini tentu saja memerlukan waktu dan sumber daya yang secara khusus perlu dialokasikan oleh rumah sakit. Belum jelas apakah temuan dalam pascaklaim merupakan kesalahan rumah sakit dalam memberikan layanan pasien JKN atau merupakan kesalahan verifikasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan.

Ketidaklengkapan persyaratan dokumen klaim akan menyebabkan pengembalian berkas ke rumah sakit yang melakukan proses klaim hingga adanya permasalahan yang sangat krusial sekali dan perlu jadi perhatian yaitu berkas klaim yang di tolak atau tidak layak bayar. Tentunya hal ini sangat berdampak sekali pada operasi pelayanan rumah sakit karena finansial terganggu maka ketersediaan alat kesehatan, kinerja petugas dan mutu rumah sakit juga akan terganggu [7].

Faktor lain yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim JKN rawat jalan yaitu adanya ketidaksesuaian penggunaan kode diagnosa dan Tindakan. Hal ini sering ditimbulkan karena adanya ketidaksepahaman antara pihak BPJS kesehatan dengan pihak Rumah Sakit Awal Bros Batam. Di sisi lain, kesalahan pengkodean ini terjadi karena *human error* melakukan kekeliruan dalam memberikan koding atau disebabkan karena adanya target atau *deadline* dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wayan [8] bahwasannya dalam era JKN ini koder, dokter, dan verifikator memiliki peranan yang penting. Dengan adanya sistem INA CBGs, koder, dokter, dan verifikator memiliki hubungan yang saling berkaitan. Dari beberapa penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait konfirmasi kode diagnosis dan tindakan, yang menjadi hambatan terbesar oleh *coder* adalah kurang lengkapnya pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada resume medis serta ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan ICD-10. Hal ini menyebabkan kode diagnosis dan tindakan yang sudah dibuat dipertanyakan kembali karena penegakan diagnosis belum disertai dengan pemeriksaan pendukung. Informasi yang kurang jelas menyebabkan *coder* salah dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan.

Perbedaan konsep/persepsi terhadap diagnosis dan pengkodeannya antara dokter yang merawat di RS dan verifikator BPJS. Seperti, untuk diagnosis anemia harus disertai tranfusi, padahal tidak semua anemia harus di tranfusi. Selain itu, dalam konsep INA-CBGs, yang menimbulkan biaya terbesar dan/atau masa rawat inap paling lama adalah diagnosis utama. Hal ini tidak selalu sejalan dengan konsep diagnosis utama bagi para klinisi dimana ada perbedaan antara ranah klinis medis dengan ranah koding administrasi klaim. Dalam ranah klinis medis, diagnosis utama merujuk pada patofisiologi kasus yang menjadi dasar dari kasus pasien dan bisa bergerak dinamis sesuai perkembangan kondisi pasien, dan berdasarkan pemeriksaan penunjang yang tepat.

## 5. KESIMPULAN

Proses pelaksanaan pengajuan berkas klaim JKN pada pelayanan rawat jalan di RS Awal Bros Batam sudah dilaksanakan dengan memenuhi kelengkapan persyaratan administrasi klaim BPJS Kesehatan, akan tetapi belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) dan Pedoman Internal yang mengatur terkait proses pelaksanaan pengajuan klaim tersebut. Data pengajuan klaim JKN pelayanan rawat jalan di RS Awal Bros Batam, pada periode trimester IV tahun 2024 sejumlah 4.352 berkas (11.11%) yang tidak lolos klaim, penyebab pengembalian berkas klaim JKN tersebut yaitu Kosul Pro Toleransi Operasi, Kosul Pro Tindakan, Pregmentasi Dalam Waktu Satu Minggu, Satu Periode Rawat Inap, dan Indikasi Pemeriksaan USG. Pregmentasi Dalam Waktu Satu Minggu merupakan penyebab

pengembalian berkas klaim JKN rawat jalan terbanyak, yaitu 4.286 berkas (72,5%). Faktor penyebabnya antara lain kurang teliti *coder* dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan, kurang lengkapnya berkas untuk pengajuan klaim, serta belum adanya SOP dan pedoman internal yang mengatur prosedur pelaksanaan klaim JKN. Berdasarkan kesimpulan penelitian di atas, sebaiknya petugas *Casemix* dengan pihak BPJS Kesehatan melakukan FGD (*Focus Group Discussion*) untuk persamaan persepsi terkait pengembalian berkas klaim JKN, serta pihak rumah sakit sebaiknya membuat SOP dan Pedoman internal terkait pelaksanaan klaim JKN serta melakukan sosialisasi kepada petugas terkait SOP dan Pedoman Internal tersebut.

## 6. DAFTAR PUSTAKA

- [1] Hasrillah, Y. Cikusin, and Hayat, "Implementasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat Melalui Program BPJS Kesehatan," *JAMI J. Ahli Muda Indonesia*, vol. 2, no. 2, pp. 121–136, Dec. 2021.
- [2] M. A. Majid, M. H. Rahman, Rustam, and R. Purnamasari, "Prediksi Kode International Classification of Diseases (ICD) untuk Klaim Biaya BPJS Menggunakan Pendekatan Machine Learning," *JSI J. Sist. Inf.*, vol. 16, no. 2, pp. 370–377, 2024.
- [3] Kemenkes RI, "Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan", *BPJS Kesehatan*, 1–48, 2014.
- [4] Putri. E, & Nugroho. R, "Analisis Penyebab Keterlambatan Verifikasi Klaim BPJS Pada Pembiayaan Pasien di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika", *Jurnal Permata Indonesia*, 13(1), 43–53, 2022.
- [5] Agiwahyunto, F., et al., "Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Jalan Kasus Radioterapi di RSUD Tugurejo Semarang Periode Mei-Desember Tahun 2019", *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 7(2), 119, <https://doi.org/10.22146/jkesvo.72216>, 2022.
- [6] A. A. U. Amri and A. Nurwahyuni, "Analisis Klaim Pending, Verifikasi dan Audit Pascaklaim Jaminan Kesehatan Nasional," *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, vol. 9, no. 2, Dec. 2024, doi: 10.7454/eki.v9i2.1132.
- [7] T. A. Ayuningrum, Ret al., "Pendekatan Sistem Dalam Pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo," *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 1, no. 4, pp. 400–411, Oct. 2020, doi: 10.25047/j-remi.v1i4.2199.
- [8] W. A. Santiasih, A. Simanjorang, and B. Satria, "Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Dr.RM Djoelham Binjai," 2021.