

## PENYEBAB PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) PASIEN RAWAT INAP DITINJAU DARI SYARAT-SYARAT PENGAJUAN KLAIM DI RUMAH SAKIT TK 02.07.02 LAHAT

Suci Pitaloka<sup>1\*</sup>, Nur Iman Ningsih<sup>2</sup>  
Politeknik Piksi Ganesha, Indonesia<sup>1, 2</sup>  
pitalokasuci13@gmail.com<sup>1\*</sup>, nurimanningsih@gmail.com<sup>2</sup>

### Abstrak

Received: 28-07-2021  
Revised : 15-12-2021  
Accepted: 18-12-2021

**Latar Belakang:** Pelayanan Kesehatan di Indonesia tidak lepas dari program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan sebagai pelaksana programnya. Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, dan verifikasi administrasi pelayanan kesehatan. Metode pembayaran yang digunakan menggunakan sistem prospektif INA-CBGs yaitu menggunakan klaim yang akan mendapat penggantian biaya dari BPJS.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim.

**Metode:** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah survey deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* yang digunakan adalah berkas sampel data klaim rawat inap yang dikembalikan BPJS Kesehatan bulan April-Mei 2021 sebanyak 25 berkas. Instrumen penelitian menggunakan *checklist* dan wawancara.

**Hasil:** Hasil penelitian diperoleh gambaran pada verifikasi administrasi terdapat 15 berkas (60%) yang tidak lengkap, ketidaksesuaian pada verifikasi administrasi kepesertaan terdapat 22 berkas (88%) dan pada verifikasi administrasi pelayanan yang tidak sesuai sebanyak 13 berkas (52%). Kelengkapan dan kesesuaian administrasi menunjukkan kurangnya berkas penunjang dan kesalahan pada input data pada aplikasi INA-CBGs, sedangkan pada verifikasi administrasi pelayanan ketidaksesuaian pada kode ICD, kurang jelasnya indikasi rawat inap, dan pelayanan yang harusnya satu episode. Pada pengajuan klaim ini rumah sakit belum mempunyai Standar Prosedur Operasional (SPO).

**Kesimpulan:** Berdasarkan uraian di atas 15 berkas (60%) dan pada tahap verifikasi administrasi kepesertaan terdapat 22 berkas (88%) yaitu ketidaksesuaian antara data pada Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput pada aplikasi INA-CBGs. Sedangkan penyebab pengembalian pada verifikasi administrasi pelayanan ditemukan yang tidak sesuai 13 berkas (52%).

---

**Kata kunci:** penyebab pengembalian; klaim rawat inap; BPJS kesehatan.

**Abstract**

**Background:** Health services in Indonesia cannot be separated from government programs, namely the National Health Insurance (JKN) and BPJS Health as program implementers. The process of submitting a claim from the Hospital to BPJS Health has a membership administration verification stage, and verification of the administration of health services. The payment method used is the INA-CBGs prospective system, namely using claims that will receive reimbursement of costs from BPJS.

**Objective:** This study aims to describe the causes of returning BPJS claim files for inpatients in terms of the requirements for submitting claims.

**Methods:** The method used in this research is a descriptive survey with a cross sectional approach. The sample files for inpatient claim data returned by BPJS Kesehatan in April-May 2021 are 25 files. The research instrument used a checklist and interviews.

**Results:** The results of the study showed that in the administrative verification there were 15 files (60%) that were incomplete, the discrepancy in the membership administration verification was 22 files (88%) and the service administration verification did not match the 13 files (52%). The completeness and suitability of the administration shows a lack of supporting files and errors in data input in the INA-CBGs application, while in the verification of service administration there is a discrepancy in the ICD code, lack of clear indications for hospitalization, and services that should be one episode. In submitting this claim, the hospital does not yet have a Standard Operating Procedure (SPO).

**Conclusion:** Based on the description above there are 15 files (60%) and at the participation administration verification stage there are 22 files (88%) which are discrepancies between the data in the Participant Eligibility Letter (SEP) and the data entered in the INA-CBGs application. While the cause of the return on service administration verification was found that did not match 13 files (52%).

**Keywords:** cause of return; hospitalization claims; health BPJS.

---

\*Correspondent Author: Suci Pitaloka  
Email: pitalokasuci13@gmail.com



## PENDAHULUAN

*Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat*

Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam peningkatan kesehatan yaitu adanya badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat yang kemudian disebut BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) (Megawati & Pratiwi, 2016). Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Permenkes, 2013).

Adanya badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan salah satu upaya pemerintah dalam peningkatan kesehatan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ini mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak, tercantum pada Undang - Undang No 24 tahun 2011 (Tampubolon, 2018).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terus mengalami perbaikan pengelolaan (Putri & Murdi, 2019). Sistem pembayaran yang digunakan yaitu *indonesia case based group* (INA-CBGs), sistem ini menggunakan klaim yang nantinya mendapat penggantian biaya dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Sari & Sabrina, 2020).

Berkas klaim yang diajukan dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi, yaitu dilihat dari kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, dan administrasi pelayanan kesehatan (Sosial, 2014c). Hal ini disebutkan dalam peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan No 7 tahun 2018. Berkas klaim yang tidak lengkap atau membutuhkan konfirmasi dalam proses verifikasi akan dikembalikan untuk dilengkapi dan mendapatkan konfirmasi sehingga menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim (Widada et al., 2017).

Upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Rumah Sakit TK IV 02.07.02 Lahat bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Adapun tahap-tahap berkas klaim sebelum diajukan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yaitu, setelah pasien selesai perawatan atau pasien pulang, dokumen rekam medis dari ruangan diserahkan ke bagian admin keuangan untuk di *billing*. Setelah itu di berikan ke ruang rekam medis dan diberikan ke bagian coding untuk diberikan kode penyakit dan tindakan dengan menggunakan buku ICD, dan berkas diberikan ke bagian penginput data pada software *Indonesia case based groups* (INA-CBGs), kemudian diserahkan ke verifikator rumah sakit untuk proses pengajuan klaim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jika ada berkas yang belum lengkap maka akan dikembalikan lagi ke rumah sakit.

Proses ini peneliti tertarik untuk mengetahui Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan survey deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini untuk

*Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat*

mengetahui proses pengajuan berkas klaim BPJS pasien rawat inap, verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi pelayanan berkas klaim yang menjadi penyebab terjadinya pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap. Penelitian pengambilan data dilakukan pada bulan Juni sampai dengan bulan Juli 2021 di Unit Rekam Medis Rumah Sakit TK IV 02.07.02 Lahat. Pada penelitian ini yang menjadi informan adalah seluruh petugas yang terlibat dalam proses pengajuan klaim ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Peneliti mengumpulkan data dengan teknik observasi dan instrument yang digunakan untuk pengumpulan data adalah pedoman wawancara, buku catatan, kamera dan *checklist*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil Penelitian

Pada verifikasi administrasi yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap di rumah sakit TK IV 02.07.02 Lahat dilihat dari lengkap tidaknya lembar formulir atau penunjang lainnya yang sudah menjadi syarat dan ketentuan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan ([Irmawati et al., 2018](#)). Peneliti menggunakan *checklist* untuk mendapatkan data berdasarkan kelengkapan berkas pasien rawat inap. Hasil penelitian berdasarkan kelengkapan dari 15 berkas pasien rawat inap dapat dilihat pada table 1.

**Tabel 1. Berdasarkan Kelengkapan Berkas Verifikasi Administrasi Klaim Rawat Inap di Rumah Sakit TK IV 02.07.02 Lahat**

No.	Kelengkapan Berkas Klaim Rawat Inap	Jumlah	Presentase
1.	Lengkap	10	40%
2.	Tidak Lengkap	15	60%
	Total	25	100%

Sumber: Data Primer Rumas Sakit TK IV 02.07.02 Lahat

Berdasarkan hasil dari tabel 1 diketahui bahwa jumlah berkas klaim rawat inap yang lengkap sebanyak 10 berkas (40%) dan yang tidak lengkap 15 berkas (60%). Dilihat dari observasi penelitian ketidaklengkapan lembar formulir atau penunjang lainnya disebabkan karena kurangnya pengecekan kembali oleh petugas rekam medis bagian coding dan penginput data INA-CBGs. Hal ini menjadi salah satu penyebab pengembalian berkas klaim, karena berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2004 dijelaskan bahwa verifikator BPJS berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak adanya bukti-bukti, maka klaim dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki ([Silviana, 2018](#)). Adapun Tahap Verifikasi Administrasi Klaim yaitu:

#### 1. Verifikasi Administrasi kepesertaan

Pada verifikasi administrasi kepesertaan yaitu meneliti kesesuaian berkas klaim antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang di *input* dalam aplikasi INA-CBGs ([Indonesia, 2014](#)). Hasil penelitian terhadap 15 berkas berdasarkan kesesuaian administrasi kepesertaan berkas pasien rawat inap dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2. Berdasarkan Verifikasi Administrasi Kepesertaan Klaim Rawat Inap di Rumah Sakit TK IV 02.07.02 Lahat**

No.	Kesesuaian Berkas Klaim Rawat Inap	Jumlah	Presentase
-----	------------------------------------	--------	------------

*Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat*

1.	Sesuai	3	22%
2.	Tidak Sesuai	22	88%
	Total	25	100%

Sumber: Data Primer Rumah Sakit TK IV 02.07.02 Lahat

Berdasarkan hasil dari tabel 2 diketahui bahwa berkas klaim yang tidak sesuai lebih banyak dibandingkan dengan yang sesuai yaitu 22 berkas (88%) dan yang sudah sesuai hanya 3 berkas (22%). Ketidaksesuaian berkas klaim berdasarkan data Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput di aplikasi INA-CBGs meliputi Nomor SEP dan Nomor Kartu Peserta BPJS. Ketidaksesuaian ini menjadi penyebab pengembalian berkas klaim pasien rawat inap.

## 2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap verifikasi administrasi pelayanan dilihat dari sesuai atau tidaknya data yang ada pada berkas yang akan diajukan dengan ketentuan yang sudah menjadi syarat dalam pengajuan klaim. Hasil penelitian terhadap 15 berkas berdasarkan verifikasi administrasi pelayanan dapat dilihat pada tabel 3.

**Tabel 3. Berdasarkan Verifikasi Administrasi Pelayanan Klaim Rawat Inap di Rumah Sakit TK IV 02.07.02 Lahat**

No.	Kesesuaian Berkas Klaim Rawat Inap	Jumlah	Presentase
1.	Sesuai	12	48%
2.	Tidak Sesuai	13	52%
	Total	25	100%

Sumber: Data Primer Rumah Sakit TK IV 02.07.02 Lahat

Berdasarkan hasil dari tabel 3 diketahui bahwa jumlah berkas yang tidak sesuai sebanyak 13 berkas (52%) dan yang sesuai 12 berkas (48%). Dari hasil penelitian terhadap verifikasi administrasi pelayanan yaitu kurang jelasnya indikasi rawat inap, terdapat berkas klaim pasien rawat jalan dan rawat inap pada hari yang sama dimana pelayanan ini merupakan satu episode dengan rawat inap, dan ketidaksesuaian kode ICD yang diberikan terhadap diagnosa yang ditegakkan.

## B. Pembahasan

Hasil penelitian ini didapatkan dari wawancara dengan petugas rekam medis bagian koding dan bagian penginput data INA-CBGs serta verifikator rumah sakit TK IV 02.07.02 Lahat. Diketahui bahwa berkas yang diperlukan untuk pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan meliputi verifikasi administrasi, verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi pelayanan.

Hasil dari penelitian terhadap verifikasi administrasi ditemukan 15 berkas (60%) yang tidak lengkap, meliputi kurangnya bukti yang dilampirkan seperti lembar hasil rontgen, lembar hasil laboratorium, lembar bukti transfusi darah, tidak lengkapnya tanda tangan DPJP pada lembar tindakan operasi dan ada yang tidak dilampirkan pengantar rawat inap. Dalam perbaikan ini petugas bagian penyimpanan dokumen rekam medis atau ke bagian instansi yang berkaitan dengan berkas yang dibutuhkan.

Pada tahap verifikasi administrasi kepesertaan terdapat ketidaksesuaian data Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput di aplikasi INA-CBGs sebanyak 22 berkas (88%). Pada ketidaksesuaian ini terdapat kesalahan input nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan nomor kartu peserta, seperti kurangnya angka yang diinput atau kelebihan angka serta ada yang benar-benar salah angka. Hal ini terjadi karena Pada input *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat*

data di *software* INA-CBGs masih manual belum *bridging sistem*. Sehingga mengharuskan petugas lebih teliti lagi dalam penginputan data pada *software* INA-CBGs. Berkas yang dikembalikan diberikan kepada petugas rekam medis bagian input data INA-CBGs untuk diperbaiki.

Sedangkan penyebab pengembalian pada verifikasi administrasi pelayanan ditemukan yang tidak sesuai 13 berkas (52%), diantaranya kurang jelas indikasi rawat inap atau penyebab secara klinis dilihat dari kurangnya penunjang dan terapi yang diberikan kurang mendukung. Terdapat berkas klaim yang harusnya satu episode dimana pada saat pengajuan dibuat dua episode pelayanan, pengajuan rawat inap dan rawat jalan sedangkan pasien berobat dan masuk rawat inap di hari yang sama. dan dari 13 berkas ini ada 10 berkas dengan masalah pengkodean dimana pada pengajuan diberikan dua kode diagnosa, diantaranya diagnosa primer dan diagnosa sekunder namun pada kasus tertentu pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk kode tersebut dijadikan satu kode diagnosa atau menggunakan kode gabung, dan ada juga yang harus diberikan satu kode saja hanya kode diagnose primer ([Indonesia](#), 2004).

Berkas yang dikembalikan ini didiskusikan kembali dan berkoordinasi dengan Dokter Penanggung Jawab (DPJP) dalam melakukan revisi kode diagnosa untuk mempertahankan klaim yang telah diajukan atau diperbaiki. Karena pada kasus seperti ini berpengaruh pada hasil *grouping* atau perubahan biaya yang akan dibayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ([Sosial](#), 2014a).

Berdasarkan pembahasan tersebut diatas dapat dilihat bahwa tahapan untuk sebelum melakukan proses pengajuan berkas klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan ini harus melalui tahapan sebagai berikut, diantaranya:

1. Berkas rekam medis setiap pagi diantar keruang rekam medis oleh petugas admin ruang rawat inap, dicatat pada buku ekspedisi serah terima berkas.
2. Dokumen rekam medis dipisahkan dengan berkas yang akan diajukan, untuk dokumen rekam medis diberikan kebagian assembling dan berkas yang akan diajukan diberikan kebagian billing untuk dicetak rincian biaya selama perawatan.
3. Setelah selesai di billing berkas diberikan dibagian koding untuk dilakukan pengkodean yaitu memberikan kode diagnosa pada formulir resume medis ataupun kode tindakan pada formulir tindakan prosedur dengan menggunakan buku ICD. Pada pengkodean ini dilihat dari penunjang pada berkas.
4. Berkas yang sudah dikoding diberikan ke bagian input INA-CBGs, ada beberapa variabel yang harus diinput yaitu nomor rekam medis, identitas pasien, tanggal lahir, jenis rawat, ada rawat intensif jika ada, hak kelas pasien, tanggal masuk dan tanggal keluar rumah sakit, Dokter Penanggung Jawab (DPJP), lama dirawat, cara pulang, berat lahir hanya untuk pasien bayi, kode diagnosa utama ,kode diagnosa sekunder jika ada, dan kode tindakan atau prosedur.
5. Petugas menggrouing yang sudah diinput dan difinalkan setelah itu dikirim secara online ke Kementrian kesehatan (KEMENKES).
6. Setelah dikirim online berkas diberikan kebagian scanner untuk discan yang akan dijadikan arsip rumah sakit dan juga dikirimkan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk arsip *softcopy*.
7. Jika sudah selesai berkas yang sudah digrouing akan ditarik dalam bentuk file txt yang akan dikirimkan ke verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan melalui aplikasi vclaim.
8. Pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan akan memverifikasi berkas yang sudah diberikan, jika ada yang tidak lengkap ataupun tidak sesuai dengan ketentuan yang sudah menjadi syarat pengajuan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan akan mengembalikan berkas

*Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat*

tersebut ke petugas verifikator rumah sakit untuk dilengkapi dan diperbaiki. Verifikator rumah sakit akan meminjam dokumen rekam medis atau ke instansi lain yang berhubungan dengan berkas yg tidak lengkap atau yang tidak dilampirkan dan untuk ketidaksesuaian bagian administrasi kepesertaan seperti kurangnya input nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP) atau nomor kartu peserta akan diberikan ke petugas input INA-CBGs untuk diperbaiki.

Pada penelitian yang dilakukan oleh ([Arikusnadi & Kadri](#), 2020) Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu penyebab terbanyak pengembalian klaim adalah ketidaksesuaian diagnosa, dikarenakan petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena ada Dokter Penanggung Jawab (DPJP) yang mempunyai diagnosa yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu dan tidak didukung dengan bukti pelayananyang diberikan.

Rumah Sakit TK IV 02.07.02 Lahat belum mempunyai Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam pengajuan berkas klaim namun dalam pelaksanaan pengajuan klaim rumah sakit TK IV 02.07.02 Lahat menggunakan Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 Pedoman INA-CBGs dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Petunjuk Teknis verifikasi Klaim BPJS Kesehatan ([Permenkes](#), 2016).

Penyebab utama pengembalian berkas klaim pada rumah sakit TK IV 02.07.02 Lahat karena tidak lolos verifikasi administrasi secara umum yaitu ketidaklengkapan formulir-formulir atau penunjang yang sudah menjadi syarat dan ketentuan dalam pengajuan yaitu 15 berkas (60%) dan pada tahap verifikasi administrasi ini adanya verifikasi administrasi kepesertaan, dimana pada tahap verifikasi administrasi kepesertaan ini dilihat pada kesesuaian antara data pada Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput pada aplikasi INA-CBGs. Pada Rumah sakit TK IV 02.07.02 Lahat ini terdapat 22 berkas (88%) yang tidak sesuai pada tahap ini dikembalikan karena tidak sesuai pada data yang diinput meliputi nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan nomor kartu peserta. Ada yang salah dalam pengetikan angka dan ada yang kurang angka karena pada penginputan nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan nomor kartu peserta ini masih secara manual belum bridging sistem.

Sedangkan pada tahap verifikasi administrasi pelayanan terdapat beberapa penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap yaitu kurang jelasnya indikasi rawat inap kurangnya penunjang atau terapi yang diberikan tidak mendukung. Selain dari itu ada berkas klaim yang harusnya menjadi satu episode penagihan dimana pada penagihan ini dibuat dua episode penagihan sedangkan pasien tersebut berobat rawat jalan dan masuk rawat inap pada hari yang sama. Pada pelayanan seperti ini dijadikan satu episode penagihan. Pada verifikasi administrasi pelayanan ini 10 berkas dari 13 berkas yang tidak sesuai merupakan masalah diagnosa dimana ada diagnosa yang diberikan dua kode diagnosa, diagnosa primer dan diagnosa sekunder namun dari pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan untuk kode tersebut dijadikan satu diagnosa atau menggunakan kode gabung, dan ada juga yang yang harus dikoding satu diagnosa saja. Hal ini membutuhkan koordinasi antara verifikator rumah sakit atau petugas koding kepada Dokter Penanggung Jawab (DPJP) begitu juga, begitu juga verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) karena pada kasus seperti ini berpengaruh pada jumlah hasil grouping atau biaya yang dibayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

## **KESIMPULAN**

Dapat disimpulkan bahwa penyebab pengembalian klaim dilihat dari verifikasi administrasi secara umum, verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi

*Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat*

pelayanan kurangnya pengecekan lembar-lembar formulir atau penunjang pada berkas, kurangnya ketelitian dalam input data pada aplikasi INA-CBGs dan kurang berkoordinasi dengan Dokter Penanggung Jawab (DPJP) masalah diagnosa yang menurut petugas untuk masalah pengkodean yang diragukan. Diharapkan kepada petugas rekam medis untuk lebih teliti lagi dalam pengecekan berkas, dan untuk masalah penegakkan diagnosa sesuai dengan pelayanan yang diberikan agar tidak terjadi lagi kesalahan coding, hal ini verifikasi harus lebih sering berkoordinasi dengan Dokter Penanggung Jawab (DPJP) serta diharapkan juga untuk terus mempelajari panduan-panduan klaim yang diterbitkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk meminimalisir berkas yang dikembalikan ([Sosial](#), 2014b).

## BIBLIOGRAFI

- Arikusnadi, N. W., & Kadri, A. (2020). Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 3(4), 159–165.
- Indonesia, R. (2004). *Undang-undang Republik Indonesia nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional*. Timur Putra Mandiri.
- Indonesia, R. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan no 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA–CBGs)*. Jakarta.
- Irmawati, I., 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 RA Kartini Jepara. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(1), 45–51.
- 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.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi penelitian kesehatan*.
- Permenkes, R. I. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Permenkes, R. I. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta, Indonesia.
- Putri, P. M., & Murdi, P. B. (2019). Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional sebagai Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. *Jurnal Wacana Hukum*, 25(80), 10–33061.
- Sari, I., & Sabrina, S. N. (2020). Telaah Literatur Aspek-Aspek Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Bpjs Pasien Rawat Inap. *Jurnal INFOKES (Informasi Kesehatan)*, 4(1), 51–61.
- Silviana, R. (2018). *Gambaran pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS kesehatan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember*.
- Sosial, B. P. J. (2014). *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*.
- Sosial, B. P. J. (2014). *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
- Sosial, B. P. J. (2014c). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Direktorat Pelayanan*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- Tampubolon, R. A. L. (2018). implementasi undang-undang no. 24 tahun 2011 tentang bpjs kesehatan di rumah sakit imelda medan. *Jurnal LPPM*, 9(2).
- Widada, T., Pramusinto, A., & Lazuardi, L. (2017). Peran badan penyelenggara jaminan
- Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat*

sosial (bpjs) kesehatan dan implikasinya terhadap ketahanan masyarakat (studi di rsud hasanuddin damrah manna kabupaten bengkulu selatan, provinsi bengkulu). *Jurnal Ketahanan Nasional*, 23(2), 199–216.



© 2021 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).