

Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat

Faik Agiwahyunto^{1*}, Sylvia Anjani², Arinda Juwita³

^{1,2,3}Universitas Dian Nuswantoro

E-mail: ^{1*}faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id

Abstract

JKN patients in the ED by paying using JKN KIS can request it with diagnostic requirements that fall within the emergency criteria according to the diagnostic requirements determined by BPJS Health, the patient has registered for participation, and also can be asked for a full report. This type of research is descriptive with case studies (case studies) whose data consist of observational data and interview data. Based on the results of the study Based on observations of 85 patients in the Wongsonegoro Regional Public Hospital, Semarang City, 29 patients (34.1%) met the emergency department criteria according to the Health BPJS and were not in accordance with the 56 emergency department criteria (65.9%). Cases submitted were related to claims submitted by BPJS Health asking for confirmation of patient emergencies 47 files (55.3%), patients reasons for returning aps 22 files (25.8%), readmission 7 files (8.23%), lack of completeness chronological letter 5 files (5.9%), total GCS error value 2 files (2.35%), and reason for patient referred 2 files (2.35%).

Keywords: Return of claim files, emergency department, BPJS Health.

Abstrak

Pasien JKN di IGD dengan cara bayar menggunakan JKN KIS bisa diklaim kan dengan syarat bahwa diagnosis masuk merupakan dalam kriteria gawat darurat sesuai dengan syarat diagnosis yang sudah ditentukan oleh BPJS Kesehatan, pasien sudah terdaftar kepersertaanya, serta persyaratan berkas klaim lengkap. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kasus (*case-studies*) yang datanya berupa data hasil observasi dan data hasil wawancara. Hasil penelitian berdasarkan observasi terhadap sampel 85 berkas pengembalian klaim pasien di IGD RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang ada 29 pasien (34,1%) memenuhi kriteria gawat darurat menurut BPJS Kesehatan dan tidak memenuhi kriteria gawat darurat 56 pasien (65,9%). Penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat yaitu karena BPJS Kesehatan meminta konfirmasi kondisi *emergency* pasien 47 berkas (55,3%), alasan pasien pulang APS 22 berkas (25,8%), *readmisi* 7 berkas (8,23%), kurangnya kelengkapan surat kronologis 5 berkas (5,9%), kesalahan nilai GCS total 2 berkas (2,35%), dan alasan pasien dirujuk 2 berkas (2,35%).

Kata Kunci: Pengembalian berkas klaim, gawat darurat, BPJS Kesehatan.

PENDAHULUAN

Rumah Sakit (RS) adalah unit kesehatan masyarakat sebagai rujukan mempunyai fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan bersifat penyembuhan, perawatan, pemulihan, pengobatan, serta pendidikan dan pelatihan (Arwati, 2016). Pemerintah Indonesia menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. Pelaksanaan

program JKN di RS membuat RS hanya melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik (PMK No. 59 Tahun 2014). Hal ini menunjukkan bahwa diperlukan pengelolaan khusus untuk pelaksanaan program JKN di RS. JKN adalah program pemerintah yang mempunyai tujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap penduduk Indonesia, agar hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. UU No 40 tahun 2004.

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim RS terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan RS melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di RS (Artanto, 2018). Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosis merujuk pada ICD-10 atau ICD-9 Catatan Medis (CM) (Dumaris, 2015).

Cara pembayaran klaim BPJS Kesehatan dengan sistem *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs). Berdasarkan Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 INA-CBGs yaitu sebuah aplikasi yang digunakan RS untuk mengajukan klaim pada pemerintah (Agiwahyunto, 2016). *Case Base Groups* (CBGs) adalah cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Faktor-faktor yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBGs, yaitu diagnosis utama, diagnosis sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*), tingkat keparahan, bentuk intervensi, dan umur pasien. Tarif INA-CBGs dibayarkan per-episode pelayanan kesehatan, yaitu rangkaian perawatan pasien sampai selesai (Megawati, 2016). Sistem INA-CBGs telah diterapkan di FKRTL sejak pelaksanaan Jamkesmas tahun 2010 (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2014).

Klaim dilakukan oleh RS atau fasilitas kesehatan lainnya melalui proses administrasi klaim. Administrasi klaim adalah proses mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta-fakta tersebut dengan perjanjian kerja sama serta menentukan manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi. Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan polis (Agiwahyunto, 2019). Pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan dan proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBGs. Administrasi klaim dalam INA-CBGs adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh RS dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Apabila sudah ada kesepakatan terkait

pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan (Pradani, 2017). Kasus penyakit selama ini yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan, karena tidak sesuai dengan Buku Panduan Verifikasi Klaim INA-CBGs Edisi 1 BPJS Kesehatan, yaitu diagnosis sesuai dengan KMK RI No. HK. 02.02/MENKES/514/2015 (BPJS Kesehatan, 2014c, 2018).

Menurut Undang-undang (UU) No. 44 Tahun 2009 tentang RS bahwa salah satu bagian di RS adalah Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang pelayanannya memberikan penanganan awal kepada pasien dengan kondisi cedera atau sakit sehingga menyebabkan atau mengancam kelangsungan hidupnya. Tempat untuk pendaftaran IGD disebut TPPGD atau Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat. Pelayanan kegawatdaruratan merupakan sebuah tindakan medis yang harus dilakukan dengan segera dan sangat dibutuhkan oleh pasien gawat darurat untuk pencegahan kecacatan dan penyelamatan nyawa. IGD merupakan sebutan pelayanan kegawatdaruratan untuk RS. Ruang lingkup IGD lebih besar dari pada Unit Gawat Darurat (UGD) pada dasarnya IGD dan UGD sama-sama digunakan untuk melayani pasien dalam kondisi gawat darurat, namun pada IGD terdapat di RS dengan skala ukurannya lebih besar dari pada UGD yang biasanya RS dengan ukuran skala kecil atau sedang.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 47 Tahun 2018 mengenai pelayanan kegawatdaruratan dimana kriteria pasien gawat darurat yaitu pasien dengan kondisi yang sangat memerlukan tindakan medis untuk pencegahan kecacatan dan penyelamatan nyawa (BPJS Kesehatan, 2014b). Pasien JKN di IGD dengan cara bayar menggunakan JKN KIS bisa diklaimkan dengan syarat bahwa diagnosis masuk merupakan dalam kriteria gawat darurat sesuai dengan syarat diagnosis yang sudah disebutkan di buku pedoman dari BPJS Kesehatan, pasien sudah terdaftar kepersertaannya, serta persyaratan berkas klaim lengkap (BPJS Kesehatan, 2014a).

Apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan RS karena memperlambat proses pembayaran klaim (Nuraini, 2019). Kendala proses penagihan oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan sebagian besar karena berkas klaim dinyatakan tidak layak

oleh BPJS Kesehatan sesuai alur pengajuan klaim pada Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2018). Beberapa definisi klaim dikembalikan yaitu klaim yang ditunda pembayarannya dikarenakan ada beberapa hal yang belum disepakati. Klaim dikembalikan adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan dokumen klaim. Klaim dikembalikan adalah semua klaim yang sudah diajukan ke BPJS Kesehatan dan setelah diverifikasi oleh verifikator ada yang perlu dikonfirmasi lagi dan menyebabkan klaim yang diajukan tertunda (BPJS Kesehatan, 2014a, 2014c, 2018).

Terdapat beberapa penelitian tentang permasalahan pengembalian klaim BPJS Kesehatan. Hasil penelitian Malonda (2015) menyebutkan rekapitulasi pelayanan dan semua syarat pengajuan klaim harus dilengkapi untuk mempercepat proses klaim BPJS Kesehatan. Penelitian Sabriyah (2016) bahwa semua masalah klaim sudah di sepakati bersama oleh pihak Rumah Sakit dengan Kantor BPJS bahwa klaim yang terlambat tetap diklaimkan. Jika klaim dikembalikan maka RS dapat mengalami kerugian dan akan kehilangan biaya yang sudah dikeluarkan. Apabila klaim dikembalikan atau ditolak dapat menyebabkan kerugian bagi RS, khususnya RS milik pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan.

Salah satu faktor penting yang menentukan suatu klaim, dikembalikan, ditolak, atau diterima adalah pengkodean (*coding*) diagnosis dan tindakan pada dokumen rekam medis. Hasil penelitian Artanto (2018) bahwa klaim BPJS Kesehatan yang dikembalikan atau ditolak disebabkan karena ketidaksesuaian koding dan diagnosis dari RS dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan. Koding merupakan fungsi yang sangat penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan (Windari, 2016). Keakurasian dalam pengkodean penyakit dan tindakan sangatlah penting karena terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan casemix INA-CBGs peran koder sangat menentukan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA CBGs ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan dalam menuliskan koding akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa

pelayanan kesehatan yang diberikan dibutuhkan ketepatan koding (Indawati, 2019).

Pada Survei awal di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2019 pada triwulan 4 berkas pasien JKN di IGD yang diklaimkan ke BPJS Kesehatan sebanyak 1.140 berkas dan berkas pasien JKN di IGD yang dikembalikan dan harus direvisi ada 165 (14,47%). Adapun penyebab pengembalian paling banyak karena tidak memenuhi syarat kondisi kegawatdaruratan pasien yaitu 67,27% (DRM RSUD KRMT Wongsonegoro, 2020).

Penelitian Habib, Mulyana, Albar, & Sulistio (2018) dari 855 resume medis yang gagal verifikasi, diambil sampel 270 berkas secara acak. Sebanyak 215 (79,6%) *resume* medis dapat dibaca dengan baik, sehingga memudahkan proses telaah. Sebanyak 206 (76,3%) *resume* medis lengkap. Hampir separuh (49%) kasus tidak gawat darurat. Dari *resume* medis yang memang melaporkan pengelolaan kasus gawat darurat, hanya 58% diagnosis yang menggambarkan kegawatdaruratan. Masih ada 22,6% koding yang tidak sesuai dengan diagnosis yang tertulis di *resume* medis. Beberapa faktor tersebut dapat menghambat dalam proses klaim kasus gawat darurat di RS.

Untuk itu peneliti meneliti mengenai faktor penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang Tahun 2019.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah analisis kualitatif dengan pendekatan studi kasus dengan metode observasi dan wawancara. Sampel yang digunakan sebanyak 85 berkas klaim kasus gawat darurat yang dikembalikan. Subjek penelitian yaitu informan utama adalah dokter IGD dan petugas Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (TPPGD) dan informan triangulasi adalah Koordinator Casemix. Objek penelitian yaitu faktor penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2019. Analisis data menggunakan analisis univariate dengan persentase dan analisis isi (*content analyze*).

HASIL

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan di KRMT Wongsonegoro

Kota Semarang terhadap dokter IGD, petugas TPPGD, Koordinator Casemix didapatkan hasil sebagai berikut (keterangan IU adalah informan utama dan IT adalah informan triangulasi):

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Gawat Darurat

No	Penyebab	Jumlah	Persentase (%)
1	Konfirmasi kondisi <i>emergency</i> pasien	47	55,3
2	Alasan pasien pulang APS	22	25,8
3	Readmisi	7	8,23
4	Kelengkapan surat kronologis	5	5,9
5	Kesalahan nilai total GCS 5	2	2,35
6	Alasan pasien dirujuk	2	2,35
Total		85	100,0

Tabel 2. Pengembalian Klaim

Kode Informan	Hasil Wawancara
Faktor Pengembalian berkas klaim JKN pada pelayanan Gawat Darurat di RS	
IU1	Dokter itu adalah profesi medis, tidak ada kaitannya dengan masalah klaim JKN. Tugas saya adalah melayani pasien yang datang di IGD, kemudian saya menjalankan fungsi triase apakah ini pasien dalam kategori gawat dan darurat tidak. Apabila tidak masuk kriteria tersebut saya meminta untuk pasien bisa melakukan pengobatan di poli rawat jalan RS.
IU2	Banyak sekali pasien yang masuk melalui IGD dengan berbagai macam alasan, padahal belum tentu itu kondisi gawat darurat, gawat tidak darurat, atau tidak gawat tetapi darurat. Ketika sudah diperiksa sama dokter jaga, maka akan ketahuan kondisi tersebut. Ketika ada kasus tersebut dan datang kemudian memakai fasilitas JKN akan banyak pending klaim dengan alasan tidak dalam kondisi darurat, dan ada pula yang menuliskan alasan pasien pulang APS lebih banyak dialami oleh pasien anak yang tidak mau dirawat inap dan pasien yang sudah merasa sembuh padahal masih perlu penanganan lanjut tetapi menolak untuk dirawat inap. Ini yang harus dilakukan oleh pihak RS.

Kode Informan	Hasil Wawancara
IT1	Banyak sekali berkas masuk tentang masalah klaim yang tidak bisa ditangani alias di- <i>pending</i> , karena menurut pihak BPJS Kesehatan adalah tidak masalah gawat dan darurat, tetapi kasus ini bisa dilakukan atau diselesaikan di bagian poli irjal dan memakai fasilitas pembiayaan umum baik itu keluar uang sendiri atau asuransi swasta yang bisa memberikan pembiayaan rawat jalan. Jadi banyak sekali kasus yang dicoret dari BPJS Kesehatan yaitu ini pasien APS atau pasien bukan kondisi gawat darurat.
Kesimpulan	Dokter sudah melakukan sesuai dengan profesi dan <i>job desk</i> -nya. Hanya saja kondisi dimana pasien meminta pelayanan kesehatan yang cepat, tidak mau antri sehingga pasien memanfaatkan fasilitas IGD di RSUD KRMT Wongsonegoro sebagai pilihan utama dalam mengatasi masalah kesehatannya. Disamping itu, masalah rujukan juga menjadi alasan utama untuk kenapa pasien lebih suka berobat di RS daripada PPK 1. Maka di bagian <i>casemix</i> banyak sekali ditemukan kasus pengembalian klaim oleh BPJS Kesehatan yaitu pasien APS dan Pasien bukan kasus gawat darurat.

Tabel 3. Pendidikan dan Pelatihan

Kode Informan	Hasil Wawancara
Kesempatan pegawai mengikuti pendidikan dan pelatihan tentang manajemen klaim JKN khususnya klaim pada kasus gawat darurat	
IU1	Dokter bukan profesi untuk mengeklaim berkas rekam medis atau berkas JKN dari pasien. Jadi saya sebagai dokter jaga tidak pernah ikut pelatihan atau seminar begituan, yang saya ikutin adalah pelatihan kegawatdaruratan medis.
IU2	Saya tidak pernah mengikuti diklat begituan.

Kode Informan	Hasil Wawancara
IT1	Saya tenaga <i>casemix</i> belum pernah mengikuti pelatihan atau seminar mengenai manajemen klaim JKN khususnya klaim gawat darurat, tetapi yang saya ikutin selama ini adalah penanganan klaim secara umum.
Kesimpulan	Tidak pernah ada pendidikan dan pelatihan baik berbentuk seminar, <i>workshop</i> , atau pelatihan khusus mengenai penanganan klaim JKN untuk kasus gawat darurat

Tabel 4. Standar Operasional Prosedur

Kode Informan	Hasil Wawancara
	Standar Prosedur Penanganan Pending klaim JKN untuk kasus gawat darurat di IGD RS
IU1	Untuk masalah klaim yang diajukan RS untuk pasien dari IGD menurut saya sudah sesuai dengan SOP nya tentang pengajuan klaim secara umum. Saya tidak memahami kenapa kok di- <i>pending</i> atau tidak secara khususnya. Tetapi tugas saya sebagai dokter jaga sudah sesuai SOP, dimana saya itu akan memeriksa dan menegakkan diagnosis serta tindakan sesuai aturan medis dengan triase.
IU2	Tidak ada SOP yang secara khusus mengatur klaim JKN kasus di IGD. Tetapi saya selalu bilang kepada pasien, pengantar pasien, dan keluarga pasien bahwa prosedurnya adalah pasien apabila masuk melalui IGD akan dilakukan <i>screening check</i> terlebih dahulu dari dokter jaga IGD, kemudian akan ditentukan kasus kegawatdaruratannya. Apabila pasien tidak indikasi gawat dan darurat, maka kami akan meminta pasien atau pengantar pasien atau keluarga pasien untuk masuk di kelompok pasien umum.

Kode Informan	Hasil Wawancara
IT1	Bagian <i>casemix</i> tidak pernah menemui dimana SOP dikhususkan penanganan klaim pada bagian IGD saja, tetapi secara umum. Sehingga ketika ada kasus pasien ini tidak gawat dan tidak darurat maka sudah masuk ke BPJS Kesehatan untuk diklaimkan dan akan dikembalikan, ketika proses perbaikan klaim, akan memakai SOP yang sama juga.
Kesimpulan	Tidak pernah ada aturan main atau SOP tentang penanganan atau pencairan klaim JKN untuk kasus kegawatdaruratan, tetapi SOP masalah penanganan klaim JKN secara umum.

Tabel 5. Evaluasi

Kode Informan	Hasil Wawancara
	Monitoring dan Evaluasi dari Penjamin Mutu RS tentang Penanganan klaim JKN untuk kasus di IGD
IU1	Untuk tenaga medis monev selalu dilakukan oleh tim penjamin mutu RS bersama dengan Komite Medik RS. Untuk kegawatdaruratan selalu dilakukan monev, tetapi tidak ada hubungan dengan klaim atau penanganan klaim.
IU2	Monev secara khusus di bagian klaim JKN tidak pernah ada, tetapi secara langsung adalah monev umum untuk kasus penanganan klaim JKN.
IT1	Monev itu adalah monitoring dan evaluasi, dilakukan sebetulnya sewaktu-waktu, tetapi ketika monev dilakukan khusus untuk di IGD menangani masalah klaim JKN di kasus gadar tidak ada. Pedoman monev adalah SNARS.
Kesimpulan	Tidak ada kegiatan monitoring dan evaluasi secara khusus untuk kasus gawat darurat tetapi secara umum, karena SOP atau pedoman

PEMBAHASAN

Persyaratan yang digunakan untuk pengajuan klaim kasus gawat darurat

Menurut peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2018 Tentang penilaian kegawatdaruratan dan prosedur penggantian biaya pelayanan gawat darurat menyebutkan bahwa syarat agar bisa dijamin oleh BPJS Kesehatan dalam pelayanan gawat darurat medis harus memenuhi syarat yaitu memenuhi sebagai pasien gawat darurat serta kelengkapan administrasi yang dibutuhkan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang mengenai alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan yaitu dari pasien yang datang ke IGD kemudian mendaftar di TPPGD dengan metode pembayaran JKN, pasien akan ditangani oleh dokter IGD dengan proses *triase*, jika pasien memang dalam kondisi gawat darurat kemudian dilakukan penanganan oleh dokter sembuh kurang dari 6 jam dan diperbolehkan pulang oleh dokter atau pasien meninggal di IGD kurang dari 6 Jam maka berkas pasien tersebut bisa di klaimkan ke BPJS Kesehatan dengan episode rawat jalan namun jika pasien dilakukan observasi lebih dari 6 jam atau pasien meninggal di IGD lebih dari 6 jam maka pengajuan klaim dengan episode rawat inap. Pengajuan klaim dilakukan setiap sebulan sekali sebelum tanggal 10. Proses verifikasi klaim BPJS oleh verifikator internal sudah menggunakan sistem vedika (verifikasi di kantor) sehingga verifikator eksternal melakukan verifikasi bukan berada di RS namun di kantor BPJS Kesehatan. Jika terdapat pengajuan berkas klaim yang tidak sesuai dengan peraturan BPJS Kesehatan berkas akan dikembalikan ke RS kepada verifikator internal setelah diperbaiki akan diajukan kembali mengikuti pengajuan klaim bulan berikutnya. Pengembalian klaim oleh verifikator eksternal per bulan april 2019 pengembalian klaim sudah via online berkas pengembalian di kirimkan dengan format excel tidak lagi menggunakan sistem manual yaitu dimana verikator internal harus datang ke Kantor BPJS Kesehatan dan menuliskan catatan mengenai penyebab pengembalian. Penyebab pengembalian klaim tersebut karena tidak semua pasien yang masuk di IGD dengan metode pembayaran JKN merupakan pasien gawat darurat dan tidak semua persyaratan administrasi terpenuhi, masih ada beberapa persyaratan yang tidak lengkap. Hal tersebut tentunya mempunyai dampak terhadap

proses klaim. Beberapa persyaratan berkas klaim yang digunakan untuk pengajuan pasien kasus gawat darurat sebagai berikut:

Surat Elegibilitas Peserta (SEP)

SEP merupakan syarat utama mengenai kepesertaan pasien pada saat mendaftar di TPPGD pasien akan mendapat nomor SEP sebagai tanda registrasi. Untuk pasien dengan BPJS Kesehatan Non-PBI bisa dicetakkan SEP apabila tidak ada tunggakan pembayaran dan BPJS Kesehatan masih aktif, jika ada permasalahan petugas akan memberi toleransi waktu 3x24 jam untuk mengurus permasalahan BPJS Kesehatan tersebut agar pasien bisa menggunakan metode pembayaran JKN jika pasien tidak memiliki SEP maka syarat untuk pengajuan klaim tidak bisa terpenuhi.

Kuitansi

Kuitansi berisi mengenai rincian biaya yang dikeluarkan untuk menangani pasien di IGD yaitu mengenai rincian biaya pendaftaran, dokter, pemeriksaan penunjang, tindakan dan terapi yang diberikan kepada pasien.

Resume medis

Resume medis yang diklaimkan ke BPJS Kesehatan berupa formulir ringkasan pulang yang berisi mengenai identitas pasien, alasan dirawat, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, tindakan, terapi yang diberikan dan obat yang dibawa pulang keadaan pulang pasien, waktu kontrol, edukasi pasien, dan autentifikasi.

Surat keterangan kronologi

Syarat ini dibutuhkan apabila pasien kasus kecelakaan. Surat ini dibuat di TPPGD dan di setujui oleh keluarga/wali pasien guna menjelaskan kronologi kecelakaan pasien.

Surat Keterangan alasan pasien pulang paksa

Syarat ini dibutuhkan ketika pasien masuk di IGD sudah ditangani kemudian kondisi pasien tidak membaik ataupun sudah membaik namun menolak untuk pengobatan lanjutan atau rawat inap di RS tersebut maka pasien atau keluarga harus mengisi formulir penolakan pengobatan sebagai bukti pasien pulang atas persetujuan sendiri.

Surat Kematian

Syarat ini digunakan ketika pasien datang di IGD dan sudah mendaftar menggunakan metode pembayaran JKN kemudian ditangani oleh dokter namun pasien meninggal di IGD maka surat kematian dibutuhkan untuk persyaratan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Permasalahan yang menyangkut tentang pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat tentang kelengkapan berkas persyaratan apa administrasi JKN yaitu kurangnya surat keterangan kronologis hal ini dikuatkan pada data tabel 4.2 terdapat 5 (5,9%) pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat karena kurangnya syarat administrasi seperti surat keterangan kronologis. Permasalahan juga terjadi di RS lain hal tersebut diperkuat dengan penelitian sebelumnya yaitu faktor penyebab pengembalian klaim triwulan pertama di RSUD Dr. M Ashari Pemalang tahun 2019 menyebutkan bahwa pengembalian klaim karena kurangnya bukti penunjang kronologis terdapat 2,9%.

Penelitian Irmawati, Sugiharto, Susanto, & Astrianingrum (2016) menunjukkan bahwa berkas klaim tidak lengkap dan pelayanan medis yang tidak sesuai merupakan penyebab utama berkas klaim rawat inap dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Kelengkapan yang dimaksud adalah terdapat surat eligibilitas peserta BPJS, terdapat surat perintah rawat inap, terdapat resume medis, terdapat bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur, terdapat laporan operasi, terdapat protokol terapi dan regimen obat, terdapat resep alat kesehatan, tanda terima alat kesehatan, dan berkas penunjang.

Hasil penelitian Irmawati, Marsum, & Monalisa (2019) menunjukkan sebagian besar berkas klaim yang dikembalikan adalah kasus dengan klasifikasi kelompok *Case-Mix Main Groups* (CMG) kode A (*Infectious and parasitic diseases Groups*) sebanyak 35,82%. Gambaran *dispute* kode diagnosis oleh BPJS dan rumah sakit terjadi pada kondisi kode tidak spesifik, kode DU (Diagnosis Utama) atau kode DS (Diagnosis Sekunder) tidak didukung oleh data pemeriksaan penunjang, kode DS menjadi bagian atau lanjutan dari kode, kode pada kondisi diagnosis *suspect*. Penyelesaian berkas klaim pengembalian karena *dispute* kode dengan reseleksi kode *rule* MB2 sebanyak 59,70%. Hasil penelitian Pradani *et al.* (2017) adalah solusi terbaik berupa pembuatan umpan balik tertulis oleh IJP untuk

seluruh unit pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diharapkan dapat mengatasi keterlambatan pengumpulan berkas verifikasi klaim BPJS ke IJP.

Pemenuhan Kriteria Gawat Darurat

Menteri Kesehatan Nomor 856 Tahun 2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan buku panduan BPJS Kesehatan tentang penjaminan pelayanan kesehatan darurat medis di Faskes yang tidak Bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sudah menyebutkan mengenai apa saja diagnosis yang termasuk dalam kondisi gawat darurat. Berdasarkan hasil observasi terhadap sampel 85 berkas pengembalian klaim kasus gawat darurat di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang Tahun 2019 terdapat 29 berkas (34,1%) pasien yang memenuhi kriteria gawat darurat menurut BPJS Kesehatan yaitu *Febris (>40°C)*, *Typoid fever*, keracunan makanan, *snake venom*, digigit kelabang dan serangga, telinga kemasukan benda asing, *cestpain*, tertusuk pasuk, *fracture*, *vertigo*, *hyperemesis gravidarum*, Hipertensi, *retersio urine*, luka terbuka. Sedangkan untuk kasus yang tidak memenuhi kriteria gawat darurat ada 56 berkas (65,9%) pasien yaitu dengan diagnosis masuk *Febris <40°C*, *Colic abdomen*, *Headache*, *gastroenteritis*, *Vomitus*, *Dehidrasi*, *Thrombocytopenia*, *depleksi volume*, *myocarditis*, *dyspnea*, *cabulli*, *hiperglikemia*, *cephalgia*, *colic renal*, *asma attack*, *dermatitis kontak*, *amblyopia* dari diagnosis tersebut tidak memenuhi kriteria kondisi gawat darurat menurut BPJS Kesehatan.

Dengan adanya data tersebut diagnosis febris dengan suhu rata-rata 39°C pada pasien anak-anak menjadi penyebab pengembalian klaim paling banyak yaitu terdapat 13 berkas karena dianggap tidak gawat darurat. Namun jika pasien anak-anak dengan suhu 39°C tidak segera ditangani bisa terjadi kejang yang disertai demam (*febrile convulsion*) atau *stuiip/step* kerusakan pada daerah *mesil lobus temporalis* setelah kejang berlangsung lama yang dapat menjadi matang dikemudian hari sehingga terjadi serangan *epilepsy* spontan jadi kejang demam yang berlangsung lama bisa menyebabkan kelainan anatomis di otak sehingga terjadi *epilepsy*. Kejang demam ialah kebangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh di atas 38°C yang disebabkan oleh proses *ekstrakranium*. Kejang demam merupakan kelainan *neurologist* yang

paling sering dijumpai pada anak-anak. Demam sering disebabkan infeksi saluran pernafasan atas, otitis medis, pneumonia, gastroenteritis, dan infeksi saluran kemih. Faktor riwayat yang lain adalah riwayat keluarga kejang demam, problem pada neonatus, kadar natrium rendah. Hal tersebut dikuatkan dengan penelitian sebelumnya tentang kegawatdaruratan kejang demam pada anak, laporan kasus kejang pada anak umur 6 bulan sampai 5 tahun hampir 3% pernah menderita kejang demam.

Hal tersebut tidak sejalan dengan peraturan BPJS Kesehatan bahwa febris pada pasien anak dianggap gawat darurat jika suhu $>40^{\circ}\text{C}$. Pada observasi berkas klaim yang dikembalikan diagnosis febris pasien anak suhunya $<40^{\circ}\text{C}$ sehingga menyebabkan klaim dikembalikan karena diagnosis tidak memenuhi kriteria gawat darurat. Hal tersebut juga dikuatkan oleh hasil wawancara IU2 bahwa banyak sekali pasien yang masuk melalui IGD dengan berbagai macam alasan, padahal belum tentu itu kondisi gawat darurat, gawat tidak darurat, atau tidak gawat tetapi darurat. Menurut IU1 dokter hanya bertugas sesuai dengan profesinya yaitu melakukan pelayanan kepada pasien dan melakukan fungsi triase.

Metode penetapan kesesuaian indikasi pasien masuk IGD RSUD KRMT Wongsonegoro adalah dengan melihat diagnosis akhir di *resume* medis, metode ini serupa dengan yang dilakukan di beberapa negara bagian di Amerika Serikat (Raven, Lowe, Maselli, & Hsia, 2013). Dengan melihat diagnosis *resume* medis saat pasien dipulangkan dapat menyebabkan penegakan diagnosis dianggap tidak gawat darurat. Penelitian Raven menunjukkan terdapat ketidaksesuaian antara diagnosis yang tertulis dalam *resume* medis pasien pulang dari UGD dengan keluhan awal saat pasien datang. Dari 6,3% *resume* medis dengan diagnosis tidak gawat darurat, sebesar 11,1% mendapat kategori triase perlu penanganan segera, 12,5% pasien membutuhkan rawat inap, dan 3,4% pasien dikirim ke ruang operasi (Raven et al., 2013).

Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat

Konfirmasi kondisi *emergency* pada pasien

Berdasarkan hasil observasi terhadap 85 berkas klaim penyebab paling banyak berkas klaim kasus gawat darurat dikembalikan yaitu karena

BPJS Kesehatan meminta konfirmasi kondisi *emergency* pada pasien ada 47 berkas (55,3%) hal itu disebabkan karena diagnosis masuk pasien dianggap tidak dalam kondisi gawat darurat beberapa diagnosis yang bukan dalam kondisi gawat darurat yaitu Febris $< 40^{\circ}\text{C}$, *colic abdomen*, *headache*, *gastroenteritis*.

Alasan pasien pulang Atas Persetujuan Sendiri (APS)

Pengembalian yang diakibatkan karena konfirmasi alasan pasien pulang APS ada 22 berkas (25,8%). Kejadian tersebut apabila pasien masuk RS dalam kondisi gawat darurat kemudian dilakukan oleh pemeriksaan dokter kurang dari 6 jam kondisi pasien sudah membaik namun masih perlu perawatan lanjut tetapi pasien menolak untuk dilakukan pengobatan lanjutan dan meminta pulang. Seperti contoh pada kasus *typhoid fever* dan *snake venom* pasien pulang APS padahal seharusnya dilakukan pengobatan lanjut sehingga menyebabkan pengembalian klaim karena BPJS Kesehatan meminta konfirmasi mengenai alasan pasien pulang APS.

Readmisi

Readmisi merupakan kejadian ketika pasien dirawat kembali yang sebelumnya telah mendapat pelayanan di RS. Pengembalian klaim karena kasus readmisi ada 7 berkas (8,23%) contohnya pada kasus *asma attack* pasien datang kemudian ditangani oleh dokter lalu kondisi pasien membaik pasien disuruh pulang atau berobat jalan, namun setelah itu pasien datang karena sakit lagi dengan keluhan yang sama kejadian disebut dianggap readmisi oleh BPJS Kesehatan sehingga menyebabkan pengembalian klaim dan dianggap satu episode dengan kunjungan sebelumnya.

Kelengkapan surat kronologis

Surat kronologis dibutuhkan sebagai syarat pengajuan klaim untuk pasien kasus kecelakaan ada 5 (5,9%) berkas klaim dikembalikan karena tidak adanya kelengkapan surat kronologis, bersarkan hasil observasi mengenai diagnosis dari pengembalian klaim karena kurangnya surat kronologis yaitu kasus jatuh luka lecet, terkena rantai motor, trauma jatuh terpeleset, luka kepala jatuh dari ayunan, luka robek terbuka kejadian tersebut diminta surat kronologis oleh BPJS Kesehatan sebagai syarat kelengkapan pengajuan klaim.

Kesalahan nilai GCS Total

Pengembalian berkas klaim karena kesalahan nilai GCS total terdapat 2 berkas (2,35%) diakibatkan permasalahan Sistem Informasi Manajemen RS (SIMRS) ketika petugas menginput berapapun nilai GCS akan menghasilkan nilai total 5, pada observasi kasus vomitus dengan nilai GCS total 5 (*soporos coma*) sedangkan vomitus dan keracunan makanan pasien sadar dengan kondisi muntah tidak koma sehingga menyebabkan pengembalian berkas klaim. Sehingga BPJS Kesehatan meminta konfirmasi nilai GCS total, dari pihak RS pun sudah menjelaskan bahwa ada permasalahan sistem mengenai nilai GCS total.

Alasan pasien dirujuk

Pengembalian berkas klaim karena alasan pasien dirujuk terdapat 2 berkas (2,35%) contoh pada kasus Ca bulli pasien dirujuk ke RSDK sehingga dari pihak BPJS Kesehatan meminta keterangan mengenai alasan pasien dirujuk. Berdasarkan hal tersebut penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2019 paling banyak yaitu konfirmasi kondisi *emergency* pasien 47 berkas (55,3%) karena diagnosis pasien dianggap tidak memenuhi kriteria gawat darurat berdasarkan peraturan BPJS Kesehatan. Hal tersebut juga diperkuat dengan penelitian sebelumnya oleh Hadiki Habib dkk yaitu faktor penyebab pengembalian berkas resume medis IGD di RSCM oleh verifikator BPJS Kesehatan Tahun 2017 menjelaskan bahwa banyak *resume* medis gagal diverifikasi dan dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan ternyata kasus tidak termasuk gawat darurat (Habib *et al.*, 2018). Alasan pengembalian karena pasien pulang APS juga cukup tinggi yaitu terdapat 25,8% berkas klaim yang dikembalikan. Hal tersebut juga dikuatkan penelitian sebelumnya oleh Irawan, Kuntjoro, & Taslim (2016) menyebutkan pada tahun 2015 pada peserta BPJS Kesehatan cukup tinggi yaitu nilai APS 17% hasil penelitian kejadian pulang paksa karena pasien merasa sudah sembuh. Menurut IU2 juga mengatakan pada pasien anak tidak mau dirawat inap pasien yang sudah merasa sembuh padahal masih perlu penanganan lanjut tetapi menolak untuk dirawat inap. Berdasarkan data yang diperoleh pada sampel 85 berkas pengembalian klaim tidak ada permasalahan pengembalian berkas klaim karena faktor *resume* medis, hal tersebut juga didukung karena di RSUD

KRMT Wongsonegoro Kota Semarang sudah menggunakan sistem *Electronic Medical Record (EMR)* sehingga mampu meminimalisir mengenai ketidaklengkapan *resume* medis.

Permasalahan kesatu, hal di atas mengenai penyebab pengembalian berkas klaim diperkuat dengan hasil wawancara terhadap dokter IGD (IU1) petugas TPPGD (IU2), dan *coordinator casemix* (IT) mengenai permasalahan pengembalian klaim dimana pernyataan IU1 mengatakan dokter itu adalah profesi medis, tidak ada kaitannya dengan masalah klaim JKN. Tugas saya adalah melayani pasien yang datang di IGD, kemudian saya menjalankan fungsi triase, apakah ini pasien dalam kategori gawat dan darurat tidak. Apabila tidak masuk kriteria tersebut saya meminta untuk pasien bisa melakukan pengobatan di poli irjal RS. IU2 mengatakan banyak sekali pasien yang masuk melalui IGD dengan berbagai macam alasan, padahal belum tentu itu kondisi gawat darurat, gawat tidak darurat, atau tidak gawat tetapi darurat. Ketika sudah diperiksa sama dokter jaga, maka akan ketahuan kondisi tersebut. Ketika ada kasus tsb dan datang kemudian memakai fasilitas JKN akan banyak *pending* klaim dengan alasan tidak dalam kondisi darurat, dan ada pula yang menuliskan APS. Ini yang harus dilakukan oleh pihak RS. IT mengatakan banyak sekali berkas masuk tentang masalah klaim yang tidak bisa ditangani alias *pending*, karena menurut pihak BPJS Kesehatan adalah tidak masalah gawat dan darurat, tetapi kasus ini bisa dilakukan atau diselesaikan di bagian poli irjal dan memakai fasilitas pembiayaan umum baik itu keluar uang sendiri atau asuransi swasta yang bisa memberikan pembiayaan rawat jalan. Jadi banyak sekali kasus yang dicoret dari BPJS Kesehatan yaitu ini pasien APS atau pasien bukan kondisi gawat darurat. Kesimpulannya pada wawancara yaitu Dokter sudah melakukan sesuai dengan profesi dan jobdesknya. Hanya saja kondisi dimana pasien meminta pelayanan kesehatan yang cepat, tidak mau antre sehingga pasien memanfaatkan fasilitas IGD di RSUD KRMT Wongsonegoro sebagai pilihan utama dalam mengatasi masalah kesehatannya. Disamping itu, masalah rujukan juga menjadi alasan utama untuk kenapa pasien lebih suka berobat di RS daripada PPK 1. Maka di bagian *casemix* banyak sekali ditemukan kasus pengembalian klaim oleh BPJS Kesehatan yaitu pasien APS dan Pasien bukan kasus gawat darurat.

Permasalahan kedua yaitu pendidikan dan pelatihan tentang pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat pernyataan dari IU1 mengatakan dokter bukan profesi untuk mengeklaim berkas rekam medis atau berkas JKN dari pasien. Jadi saya sebagai dokter jaga tidak pernah ikut pelatihan atau seminar begituan, yang saya ikutin adalah pelatihan kegawatdaruratan medis. IU2 mengatakan saya tidak pernah mengikuti diklat begituan. IT mengatakan Saya tenaga *casemix* belum pernah mengikuti pelatihan atau seminar mengenai manajemen klaim JKN khususnya klaim gawat darurat, tetapi yang saya ikutin selama ini adalah penanganan klaim secara umum. Kesimpulannya tidak pernah ada pendidikan dan pelatihan baik berbentuk seminar, *workshop*, atau pelatihan khusus mengenai penanganan klaim JKN untuk kasus gawat darurat.

Permasalahan ketiga yaitu Standar Operasional Prosedur (SOP) penanganan *pending* klaim JKN untuk kasus gawat darurat di IGD RS pernyataan IU1 mengatakan Untuk masalah klaim yang diajukan RS untuk pasien dari IGD menurut saya sudah sesuai dengan SOP-nya tentang pengajuan klaim secara umum. Saya tidak memahami kenapa dipending atau tidak secara khususnya. Tetapi tugas saya sebagai dokter jaga sudah sesuai SOP, dimana saya itu akan memeriksa dan menegakkan diagnosis serta tindakan sesuai aturan medis dengan triase. IU2 mengatakan tidak ada SOP yang secara khusus mengatur klaim JKN kasus di IGD. Tetapi saya selalu bilang kepada pasien, pengantar pasien, dan keluarga pasien bahwa prosedurnya adalah pasien apabila masuk melalui IGD akan dilakukan *screening check* terlebih dahulu dari dokter jaga IGD, kemudian akan ditentukan kasus kegawatdaruratannya. Apabila pasien tidak indikasi gawat dan darurat, maka kami akan meminta pasien atau pengantar pasien atau keluarga pasien untuk masuk di kelompok pasien umum. IT mengatakan Bagian *casemix* tidak pernah menemui dimana SOP dikhususkan penanganan klaim pada bagian IGD saja, tetapi secara umum. Sehingga ketika ada kasus pasien ini tidak gawat dan tidak darurat maka sudah masuk ke BPJS Kesehatan untuk diklaimkan dan akan dikembalikan, ketika proses perbaikan klaim, akan memakai SOP yang sama juga. Kesimpulannya adalah tidak pernah ada aturan main atau SOP tentang penanganan atau pencairan klaim JKN untuk kasus kegawatdaruratan, tetapi SOP masalah penanganan klaim JKN secara umum.

Permasalahan keempat yaitu evaluasi Monitoring dan Evaluasi dari Penjamin Mutu RS tentang

Penanganan klaim JKN untuk kasus di IGD. IU1 mengatakan untuk tenaga medis monev selalu dilakukan oleh tim penjamin mutu RS bersama dengan Komite Medik RS. Untuk kegawatdaruratan selalu dilakukan monev, tetapi tidak ada hubungan dengan klaim atau penanganan klaim. IU2 mengatakan Monev secara khusus di bagian klaim JKN tidak pernah ada, tetapi secara langsung adalah monev umum untuk kasus penanganan klaim JKN. IT mengatakan Monev itu adalah monitoring dan evaluasi, dilakukan sebetulnya sewaktu-waktu, tetapi ketika monev dilakukan khusus untuk di IGD menangani masalah klaim JKN di kasus gadar tidak ada. Pedoman monev adalah *SNARS*. Kesimpulan dari pernyataan IU dan IT adalah Tidak ada kegiatan monitoring dan evaluasi secara khusus untuk kasus gawat darurat tetapi secara umum, karena SOP atau pedoman juga secara umum yaitu *SNARS*.

Terdapat berbagai alasan pasien memilih mengunjungi UGD daripada poliklinik, antara lain persepsi pasien mengenai kondisinya yang sepertinya parah, keluhan muncul pada saat poliklinik sudah tutup, dan ketersediaan akses ke UGD lebih banyak dibandingkan poliklinik. Dari perspektif sistem layanan kesehatan, tingginya kunjungan pasien dengan kondisi tidak segera (*non-urgent*) ke UGD menunjukkan adanya kendala akses masyarakat kepada pelayanan kesehatan standar (Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen, & Mehrotra, 2013).

Hasil penelitian Arikusnadi, Sudirman, & Kadri (2020) ditemukan sebanyak 138 berkas yang dikembalikan. Alasan pengembalian karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan sebanyak 138 berkas (100%). Penyebab yang mendominasi adalah penentuan diagnosa sebesar 125 berkas (90,6%). Hal ini dikarenakan petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sudah menentukan diagnosa sendiri yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu dan tidak didukung dengan data pendukung, dan juga karena ada perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Hasil penelitian Kusumawati & Pujiyanto (2020) didapatkan 40,6% berkas merupakan kesalahan koding dan input, 21,9% kesalahan penempatan diagnosis, dan 37,4% ketidaklengkapan *resume* medis. Juga hasil penelitian Kusumawati & Pujiyanto (2018) bahwa terbukti dokter verifikator internal

dapat menurunkan angka klaim *pending* rawat inap karena kesalahan koding dan didapatkan penyebab terjadinya kesalahan koding yaitu ketidaklengkapan *resume* medis, kurang telitinya koder, kurangnya pengetahuan koder, ketidakseragaman informasi terkait koding dan *overload* berkas klaim yang tidak diiringi dengan kesesuaian jumlah koder. Hal tersebut dapat diminimalisir dengan penggunaan rekam medis elektronik, pelatihan tenaga koder, *team building* dan penambahan tenaga koder.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan mengenai faktor penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang Tahun 2019, diperoleh kesimpulan bahwa hasil penelitian berdasarkan observasi terhadap sampel 85 berkas pengembalian klaim pasien di IGD RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang ada 29 pasien (34,1%) memenuhi kriteria gawat darurat menurut BPJS Kesehatan dan tidak memenuhi kriteria gawat darurat 56 pasien (65,9%). Penyebab pengembalian berkas klaim kasus gawat darurat yaitu karena BPJS Kesehatan meminta konfirmasi kondisi *emergency* pasien 47 berkas (55,3%), alasan pasien pulang APS 22 berkas (25,8%), *readmisi* 7 berkas (8,23%), kurangnya kelengkapan surat kronologis 5 berkas (5,9%), kesalahan nilai GCS total 2 berkas (2,35%), dan alasan pasien dirujuk 2 berkas (2,35%).

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami haturkan kepada: Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro untuk proses perijinan penelitian. RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang yang telah memberikan ijin penelitian dan sebagai tempat penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

Agiwahyunto, F., Octaviasuni, S., & Fajri, M. U. N. (2019). Analisis Implementasi Total Quality Management (TQM) Pada Kasus Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Kendal Tahun 2018. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 7(3), 171–180. <https://doi.org/10.14710/jmki.7.3.2019.15-24>

Agiwahyunto, F., Sudiro, & Hartini, I. (2016). Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis dan Diagnosis Asuransi dengan Diberlakukannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Pelayanan BPJS Kesehatan Studi di RSUD Kota Semarang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(02), 84–90. <https://doi.org/10.14710/jmki.v4i2.13594>

Arikusnadi, N. W., Sudirman, & Kadri, A. (2020). Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 1(1), 240–250. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110><https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001><https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.03.044><https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?token=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295FCD84BF7E8>

Artanto, A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo, Periode Januari-Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit (ARSI)*, 4(2), 122–134. Retrieved from <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564>

Arwati, N. K. A., Sedana, I. B. P., & Artini, L. G. S. (2016). Studi Kelayakan Pengembangan Investasi pada Rumah Sakit Gigi dan Mulut FKG Universitas Mahasaraswati Denpasar. *E-Jurnal Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana*, 5(6), 1459–1484.

BPJS Kesehatan. (2014a). *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan. (2014b). *Panduan Praktis Penjaminan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis di Faskes yang Tidak Bekerja Sama dengan BPJS Kesehatan*. Retrieved from <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/93719d021893dc8fd26a34be17bda214.pdf>

BPJS Kesehatan. (2014c). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Retrieved from <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/TeknisVerifikasiKlaim7042014.pdf>

- BPJS Kesehatan. (2018). *Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG*. Retrieved from https://www.persi.or.id/images/e-library/panduan_verifikasi_inacbg.pdf
- DRM RSUD KRMT Wongsonegoro. (2020). *Rekam Medis RSUD KRMT Wongsonegoro*. Semarang: DRM RSUD KRMT Wongsonegoro.
- Dumaris, H. (2015). Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 3(1), 20–28.
- Habib, H., Mulyana, R. M., Albar, I. A., & Sulistio, S. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Resume Medis IGD RSCM oleh Verifikator BPJS Kesehatan. *Cermin Dunia Kedokteran*, 45(4), 251–254.
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 105–113. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.230>
- Irawan, S., Kuntjoro, T., & Taslim, R. P. (2016). *Analisis Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri (APS) pada Pasien Peserta BPJS yang Dirawat Inap di RSUD Tais Kabupaten Seluma*. Universitas Gajah Mada.
- Irmawati, I., Marsum, M., & Monalisa, M. (2019). Analisis Dispute Kode Diagnosis Rumah Sakit dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Jurnal Manajemen Informasi* Retrieved from <https://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/93>
- Irmawati, Sugiharto, Susanto, E., & Astrrianingrum, M. (2016). Faktor-faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap oleh Verifikator BPJS Kesehatan di RSUD Tugurejo. *Seminar Nasional Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, pp. 124–130.
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2018). Analisis Kinerja Dokter Verifikator Internal dalam Menurunkan Angka Klaim Pending di RSUD Koja Tahun 2018. *Jurnal ARSI*, 6(1), 1–10.
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2020). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cdk-282*, 47(1), 25–28. Retrieved from <http://103.13.36.125/index.php/CDK/article/view/338>
- Malonda, T. D., Rattu, A. J. M., & Soleman, T. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *Jikmu*, 5(2b), 436–447.
- 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. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27476>
- Nuraini, N., Wijayanti, R. A., Putri, F., Alfiansyah, G., Deharja, A., & Santi, M. W. (2019). Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Kesmas Indonesia*, 11(1), 24–35. Retrieved from <http://jos.unsoed.ac.id/index.php/kesmas-indo/article/view/1314/1031>
- Pradani, E. A., Lelonowati, D., & Sujianto. (2017). Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X: Apa Akar Masalah dan Solusinya? *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(2), 107–114. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6134>
- Raven, M. C., Lowe, R. A., Maselli, J., & Hsia, R. Y. (2013). Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying “nonemergency” emergency department visits. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 309(11), 1145–1153. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.1948>
- Sabriyah, Sudirman, & Nor, A. R. A. C. (2016). Implementasi Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 118–128. <https://doi.org/10.31934/promotif.v6i2.17>

- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *Am J Manag Care*, *19*(1), 47–59. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23379744><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4156292>
- Windari, A., & Kristijono, A. (2016). Analisis Ketepatan Koding yang Dihasilkan Koder di RSUD Ungaran. *Jurnal Riset Kesehatan*, *5*(1), 35–39. Retrieved from <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrk>