

Analisis Ketidaksesuaian Jumlah Kunjungan Pasien Jaminan BPJS Dengan Jumlah Yang Diterima Verifikator Internal Di Rawat Jalan RSUD Koja

Warni, Tri Budi W. Rahardjo, Supriyantoro
Universitas Respati Indonesia
warni@urindo.ac.id

ABSTRAK

Proses klaim BPJS menjadi sangat penting karena sumber utama pendapatan rumah sakit tersebut adalah melalui pasien BPJS. Kegagalan proses klaim dikarenakan berkas yang dinyatakan tidak layak oleh BPJS menimbulkan dampak yang cukup besar bagi pengelolaan keuangan RSUD Koja. Terjadinya ketidaksesuaian berkas klaim yang cukup tinggi berpotensi mengakibatkan kehilangan pendapatan rumah sakit yang cukup signifikan hal ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain monitoring yang tidak terpantau terkait alur berkas klaim pasien BPJS. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif-kualitatif. Pada penelitian ini, setelah peneliti mengumpulkan data dalam bentuk hasil wawancara, dokumentasi, dan FGD maka untuk selanjutnya data tersebut akan dianalisis lebih mendalam lagi sehingga membentuk suatu kesimpulan. Pengambilan data dengan dua cara, data primer dengan wawancara mendalam dan FGD (Focus Group Discussion) bertujuan untuk mencari penyebab ketidaksesuaian jumlah kunjungan dengan jumlah yang di verifikasi oleh verifikator internal dan data sekunder dengan telaah dokumen dari data Rekam Medis dan data Keuangan RSUD Koja. Hasil penelitian ini adalah bahwa terbukti setiap bulan selalu terdapat selisih jumlah berkas pasien rawat jalan penjamin BPJS disebabkan oleh 2 hal, karena kunjungan pasien yang banyak dan factor dari SDM yang terkait yaitu ketidaklengkapan resume medis, kurang telitinya petugas, kurangnya pengetahuan petugas, ketidakseragaman informasi terkait SOP dan peraturan yang berlaku serta overload berkas pasien yang tidak diiringi dengan kesesuaian jumlah petugas. Kesimpulan dari penelitian ini adalah keterlambatan pengisian resume medis, SDM kurang teliti, kepatuhan menjalankan SOP, ketidakseragaman informasi serta overload pasien dirawat jalan merupakan penyebab ketidaksesuaian jumlah kunjungan pasien dengan jumlah yang diterima verifikator internal yang berpengaruh pada penurunan pendapatan Rumah Sakit.

Kata kunci : Kunjungan Pasien Rawat Jalan, Berkas Klaim, Verifikator Internal, Ketidaksesuaian jumlah.

ABSTRACT

The BPJS claim process becomes very important because the main source of hospital revenue is through BPJS patients. The failure of the claim process was due to the file that was declared to be improper by BPJS which had a significant impact on the financial management of Koja Regional Hospital. Occurrence of a high claim file mismatch has the potential to result in a significant loss of hospital revenue, this is caused by several factors including unmonitored monitoring related to the BPJS patient claim file flow. This research is a qualitative research with a descriptive-qualitative approach. In this study, after researchers have collected data in the form of interviews, documentation, and observations, the data will be analyzed in further depth to form a conclusion. Data collection in two ways, primary data with in-depth interviews and FGD (Focus Group Discussion) aims to find the cause of the mismatch of the number of visits with the number verified by internal verifiers and secondary data by examining documents from the Medical Record data and the Financial data of Koja Regional Hospital. The results of this study were proven that every month there was always a difference in the number of BPJS guarantor outpatient files caused by 2 things, due to the large number of patient visits and the associated HR factors namely incompleteness of medical resumes, insufficient attendance of officers, lack of knowledge of officers, lack of uniformity information related to SOPs and regulations that apply and overload of patient files that are not accompanied by a corresponding number of officers. The conclusion of this research is the delay in filling out medical resumes, inadequate HR, compliance with SOP, unequal information and overload of patients treated on the road are the cause of the mismatch of the number of patient visits with the number received by internal verifiers which affects the decrease in hospital revenue.

Keywords: Outpatient Visit, Claim File, Internal Verifier, Number mismatch.

PENDAHULUAN

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 1 Ayat (1 dan 4), Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 4 Tahun 2018 tentang "Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien" Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.". Dimana kewajiban dasar dari rumah sakit yang tercantum adalah memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.

Rumah sakit memiliki berbagai bentuk pelayanan, salah satunya yaitu pelayanan rawat jalan. Rawat jalan adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya (PERMENKES RI No 71 Tahun 2013).

Dalam mewujudkan terpenuhinya kebutuhan akan kesehatan sesuai dengan pernyataan pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014, dimana Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ditetapkan untuk mengatasi persoalan dalam bidang kesehatan, UU Nomor 40 Tahun 2004 mengamanatkan bahwa jaminan social wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah badan hukum publik yang berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan terbagi menjadi dua yaitu,

yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Ketenagakerjaan (Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011).

Dalam penyelenggaraannya, badan penyelenggara jaminan sosial bekerja sama dengan rumah sakit dan puskesmas untuk menjadi pelaksana dari jaminan kesehatan nasional. Rumah sakit berperan sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan atau tingkat lanjutan. Rumah sakit sebagai PPK berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kesehatan.

RSUD Koja sudah menerapkan sistem BLUD dalam kegiatan operasionalnya sehari – hari. Sehingga proses klaim BPJS menjadi sangat penting karena sumber utama pendapatan rumah sakit tersebut adalah melalui pasien BPJS.

Kegagalan proses klaim dikarenakan berkas yang dinyatakan tidak layak oleh BPJS menimbulkan dampak yang cukup besar bagi pengelolaan keuangan RSUD Koja.

Jumlah kunjungan pasien tahun 2017 sebanyak 347.289 berkas dan jumlah yang diterima verifikator sebanyak 328.979 berkas, jumlah kunjungan pasien sebanyak 357.877 berkas dan jumlah yang diterima verifikator 351.318 berkas, per oktober 2019 jumlah kunjungan sebanyak 237.210 berkas dan jumlah yang diterima sebanyak 232.976 berkas.

Berdasarkan penjabaran data di atas, dapat diamati pada tahun 2017 bahwa terdapat jumlah selisih sebanyak 18.310 berkas, pada tahun 2018 terdapat jumlah selisih sebanyak 6.559 berkas dan pada januari sampai oktober tahun 2019 sebanyak 4.234 berkas (Laporan keuangan Rumah Sakit Koja).

Terjadinya ketidaksesuaian berkas klaim yang cukup tinggi berpotensi mengakibatkan kehilangan pendapatan rumah sakit yang cukup signifikan hal ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain monitoring yang tidak terpantau terkait alur berkas klaim pasien BPJS. Dari semua poliklinik rawat jalan yang ada di RSUD Koja di dapatkan ketidaksesuaian jumlah kunjungan dengan yang di verifikasi internal.

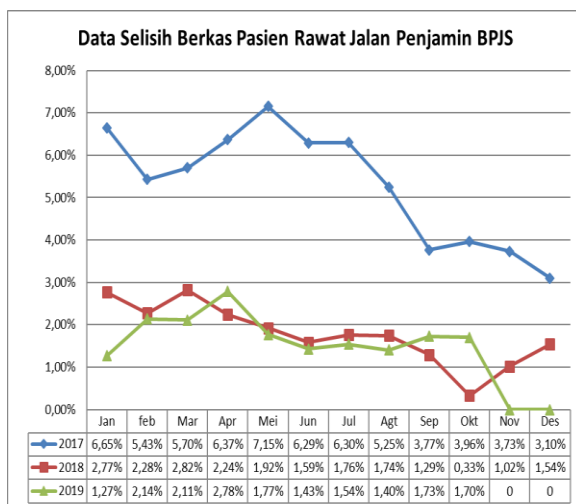
METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif-kualitatif. Pada penelitian ini, setelah peneliti mengumpulkan data dalam bentuk hasil wawancara, dokumentasi, dan observasi maka untuk selanjutnya data tersebut akan dianalisis lebih mendalam lagi sehingga membentuk suatu kesimpulan ilmiah-alamiah yang dapat diterima oleh berbagai kalangan, terutama dalam hal ini adalah RSUD Koja itu sendiri sebagai obyek penelitian dalam tesis ini. Metode ini juga dapat menggambarkan abstraksi dari berbagai macam alternatif pengembangan kemitraan pemerintah daerah dengan swasta secara teoritis – kritis dan obyektif. Alasan lain dari dipilihnya metode ini dikarenakan pemahaman seseorang terhadap sebuah permasalahan lebih bersifat kualitatif yang didasarkan pada persepsi, eksplorasi pemikiran, penjelasan dan pengembangan konsep. Penelitian ini dilakukan dengan mengumpulkan data sekunder pada tahun 2017 sampai tahun 2019 dari Rekam Medis dan bagian keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Koja yang berlokasi di Jalan Deli Nomor 4 Tanjung Priok Jakarta Utara

Populasi penelitian menggunakan data sekunder pasien rawat jalan RSUD Koja dengan jaminan BPJS dari tahun 2017 sampai tahun 2019. Data primer didapat dari wawancara mendalam dan FGD (Focus Group Discussion) bertujuan untuk mencari penyebab ketidaksesuaian jumlah kunjungan dengan jumlah yang di verifikasi oleh verifikator internal data sekunder dan data sekunder dari telaah dokumen. Pengolahan data untuk penelitian kualitatif dilakukan dengan membuat transkrip hasil wawancara mendalam lalu dibuat matriks wawancara mendalam yang kemudian dilakukan analisis. Pendekatan kualitatif mengumpulkan data dengan menghitung jumlah berkas klaim rawat jalan yang diterima dari perawat ke penata rekening sampai ke verifikator internal. Kemudian dilakukan pemilahan dan merekap berkas klaim rawat jalan sesuai dengan nomor urut SEP untuk memudahkan dalam mengidentifikasi berkas yang tidak termonitoring.

HASIL

Pada penelitian ini dilakukan pengamatan dengan telaah berkas pasien rawat jalan penjamin BPJS dari proses pendaftaran hingga verifikasi internal, untuk mengetahui fluktuasi banyaknya selisih berkas pada tiap bulan. Angka persentasi di dapat dari jumlah selisih berkas dibandingkan dengan jumlah berkas pendaftaran awal pasien. Telaah berkas dilakukan pada periode Januari 2017 sampai dengan Oktober 2019. Grafik data persentase selisih jumlah berkas pasien rawat jalan penjamin BPJS dapat dilihat pada grafik berikut.



Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa persentase selisih jumlah berkas pasien rawat jalan penjamin BPJS tampak fluktuatif setiap

tahunnya, namun pada tahun 2017 tampak persentase selisih jumlah – berkas klaim yang tinggi, dari proses FGD yang dilakukan, ditemukan bahwa sepanjang tahun 2017 belum diterapkan adanya monitoring dan evaluasi bidang, sehingga permasalahan maupun kendala yang kerap dialami petugas di lapangan tidak tersampaikan kepada koordinator dan pimpinannya sehingga tidak ditemukan solusi dan masalah terus berlanjut. Selain itu pada tahun 2017 petugas belum maksimal dalam pemanfaatan penggunaan buku serah terima, hal ini terlihat pada hasil FGD, dikatakan bahwa petugas penata rekening saat melakukan serah terima yang juga dicatat dalam buku kemudian menemukan adanya selisih berkas, petugas tidak kemudian menelusuri dimana berkas yang tidak ada namun hanya menyerahkan berkas seadanya. Hal ini terus terjadi sepanjang 2017 dan tidak terpantau dikarenakan tidak adanya monitoring dan evaluasi berkala oleh koordinator.

Selanjutnya pada periode tahun 2018, persentase selisih jumlah berkas pasien rawat jalan penjamin BPJS mulai berkurang pada tiap bulannya,

berdasarkan analisa dari FGD dan wawancara, hal ini dikarenakan oleh beberapa hal yaitu, pada tahun 2018-
-monitoring evaluasi dan pelaporan sudah mulai dilakukan dan terjadwal dengan rutin, sehingga permasalahan, dan kendala yang terjadi di lapangan dapat segera didiskusikan untuk solusinya. Kemudian untuk permasalahan berkas yang berkurang saat diserahkan dari perawat ke penata rekening kemudian ke verifikator, pada tahun 2018 sudah mulai dilakukan telusur untuk mengetahui berkas pasien yang hilang dan statusnya “menggantung”, dari usaha telusur berkas tersebut berhasil ditemukan sebagian besar berkas yang hilang dan menimbulkan selisih jumlah yaitu diantaranya adalah berkas terbawa pulang oleh pasien, terselip dan terbawa di status pasien.

Menurut FGD yang dilakukan selama penelitian, pada tahun 2018 di RSUD Koja dilakukan rekonsiliasi dengan pihak BPJS Kesehatan untuk dapat melakukan pengajuan klaim yang tertinggal dengan syarat waktu kadaluwarsa berkas SEP adalah 24 bulan atau 2 tahun, sehingga berkas pasien yang sudah ditemukan saat

telusur dapat diajukan klaimnya dan menambah pendapatan RSUD Koja.

Selanjutnya pada periode Januari hingga Oktober 2019, makin berkurang persentase selisih jumlah berkas pasien rawat jalan penjamin BPJS di RSUD Koja, berdasarkan FGD yang dilakukan didapatkan bahwa hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya perubahan kebijakan dari BPJS terkait waktu kadaluwarsa SEP untuk dapat diajukan klaimnya dari 24 bulan menjadi hanya 6 bulan, sehingga banyak berkas SEP yang hilang, dilakukan telusur, kemudian ditemukan, namun tidak dapat diajukan klaimnya dikarenakan habis masa kadaluwarsanya.

Penyebab Ketidaksesuaian Jumlah Berkas Pasien Rawat Jalan Penjamin BPJS

1. Ketelitian

Ketelitian setiap petugas yang terlibat sangat berpengaruh terhadap jumlah selisih jumlah berkas pasien rawat jalan penjamin BPJS, karena ketelitian adalah hal yang sangat mempengaruhi suatu hasil pekerjaan terutama yang dilakukan

berkesinambungan dan bekerjasama dengan beberapa pihak, karena apabila salah satu petugas tidak teliti dalam pekerjaannya maka akan mempengaruhi pekerjaan yang lainnya hingga proses tersebut berakhir. Dalam praktiknya dokter harus lebih meningkatkan ketelitiannya dalam menulis dan melengkapi resume medis, sehingga tidak menyebabkan keterlambatan dalam pengumpulan SEP dan tidak sulit terbaca saat proses koding, selanjutnya begitu pula untuk perawat pelaksana di poliklinik, saat mengumpulkan berkas pasien dan menyerah terimakan ke bagian penata rekening baiknya diteliti kembali kesesuaian jumlahnya dan apabila menemukan adanya berkas yang hilang agar dilakukan telusur, untuk mengurangi besar jumlah selisih berkas.

2. Pelaksanaan SOP Rawat Inap

Kurangnya pemahaman terhadap SOP merupakan salah satu penyebab terjadinya selisih jumlah berkas pasien rawat jalan penjamin BPJS petugas tentang prosedur pengumpulan berkas, pada hasil FGD dan wawancara yang dilakukan selama

penelitian didapatkan bahwa dalam prosesnya hanya penata rekening yang paham betul bagaimana SOP terkait yang diterapkan di RSUD Koja, padahal dalam praktiknya yang terlibat tidak hanya petugas penata rekening namun juga perawat dan petugas verifikator yang harus memahami alurnya sesuai SOP. Baiknya seluruh petugas terkait dibekali dengan sosialisasi mengenai SOP yang berlaku, sehingga setiap petugas dapat melaksanakan tugasnya sesuai alur.

Sosialisasi tentang SOP dapat dilakukan pada saat rapat unit setiap bulan, selain itu dapat dibentuk Whatsapp grup agar dapat saling membagikan informasi bila mendapatkan aturan terbaru terkait dengan kendala yang dialami. Selain itu, koder juga dapat memperoleh pembaruan ilmu tentang aturan terbaru dengan mengikuti seminar – seminar ataupun workshop yang diselenggarakan oleh rumah sakit apabila terdapat kebijakan yang baru.

3. Ketidakseragaman Informasi

Ketidakseragaman informasi tentang aturan dan SOP yang berlaku masih berkaitan dengan pengetahuan.

Perawat, penata rekening, dan petugas verifikator memiliki pengetahuan dan pemahaman yang berbeda satu sama lain, hal ini dimungkinkan terjadi dikarenakan komunikasi antar petugas yang kurang terjalin dengan baik sehingga ada petugas yang tidak memahami dengan betul alur pelaksanaannya. Untuk mendukung komunikasi yang tidak seragam antar petugas dapat dilakukan dengan penggunaan buku serah terima berkas, yang dapat digunakan untuk pencatatan setiap serah terima berkas dilakukan, sehingga seluruh kegiatan serah terima, banyaknya jumlah berkas, dan catatan pada tiap pelaksanaannya dapat terekam.

Komunikasi yang kurang baik antar petugas dapat diminimalisir dengan mengadakan Team Building rutin yang dapat dilakukan 1 tahun sekali untuk melatih kekompakan dan kerjasama. Team Building dapat dilakukan secara sederhana di hari libur dan dengan biaya yang dikumpulkan secara sukarela dari masing – masing peserta.

4. Overload pasien rawat jalan

Jumlah rerata kunjungan pasien rawat jalan dalam 1 hari adalah ± 1.000

orang, pada poli penyakit dalam ± 250 orang. Untuk itu petugas terkait harus bekerja sangat cepat agar seluruh berkas tersebut dapat diperiksa kelengkapannya, dikumpulkan tepat waktu dan terverifikasi. Hal itulah yang menyebabkan petugas bekerja dengan terburu – buru sehingga potensi terjadinya berkas terselip, atau pengisian yang tidak lengkap besar terjadi. Pencegahan terhadap masalah ini adalah dengan melakukan analisis beban kerja untuk petugas, harus dilakukan perhitungan ulang terkait dengan jumlah petugas dan jumlah berkas yang dikerjakan. Apabila setelah perhitungan ternyata tenaga petugas kurang, maka harus dilakukan penambahan tenaga.

KESIMPULAN

1. Faktor yang mempengaruhi ketidakesuain jumlah kunjungan pasien dengan jumlah yang diterima verifikator internal adalah karena keterlabatan pengisian resume medis, SDM kurang teliti, kepatuhan menjalankan SOP, ketidakteragaman informasi dan overload pasien dirawat jalan.

2. Pengaruh ketidaksesuaian jumlah kunjungan pasien dengan jumlah yang diterima verifikator internal berupa penurunan pendapatan Rumah Sakit.

3. Selisih jumlah berkas pasien rawat jalan penjamin BPJS pada tahun

2017 sebanyak 18.310 berkas dengan asumsi kehilangan pendapatan sebesar Rp. 3.356.223.000.-, tahun 2018 sebanyak 6.559 berkas dengan asumsi kehilangan pendapatan sebesar Rp. 1.202.264.700.-, per oktober tahun 2019 sebanyak 4.234 berkas, dengan asumsi kehilangan pendapatan sebesar Rp. 776.092.200.-

DAFTAR PUSTAKA

1. Alvianitasari, E. F., Jati, S. P. and Fatmasari, E. Y. (2018) 'Evaluasi Pelaksanaan Sistem Verifikasi Di Kantor (Vedika) BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Umum William Booth Semarang',
2. Artanto, A. E. (2016) 'Faktor-faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016', 4, pp. 38–50.
3. BPJS Kesehatan (2014a) Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas

Kesehatan BPJS Kesehatan. Jakarta.

4. BPJS Kesehatan (2014b) Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Jakarta.
5. Burhan Bungin, "Metodologi Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik serta Ilmu-ilmu Sosial Lainnya", Prenada Media Group, Jakarta, 2010, hal. 115.
6. Istiqomah, Gustian, Efektivitas Pelaksanaan Prosedur Klaim RSUD Jend. A. Yani Kota Metro Kepada BPJS Kesehatan Cabang Metro, (Lampung: Universitas Lampung, 2018)
7. Lestari, Yuni dan Herbasuki Nurcahyanto, Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan di RSUD Dr. M. Ashari Kabupaten Pemalang, (Semarang: Universitas Diponegoro, 2017)
8. Nurdiah, Resti Septiani dan Arief Tarmansyah Iman, Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya, (Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, 2016)

9. Sparadley dan Faisal, "Format-Format Penelitian Sosial", PT. Rajawali Perss, Jakarta, 1990.
10. SPO Klaim biaya pelayanan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan , No. RSUD KOJA/SPO/KEU-I/012 (01 Maret 2019)
11. Sugiyono (2017) Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
12. Thabrany, H. (2015) Jaminan Kesehatan Nasional. Kedua. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
13. TNP2K (2015) JKN : Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Indonesia.
14. Undang Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang : Kesehatan
15. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
16. Undang-Undang Republik Indonesia. Nomor 24 Tahun 2011. Tentang. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
17. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
18. Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011 (no date). Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 (no date). Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 (no date).
19. Wibowo, A. (2014) Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
20. Widowati, V., Mardiyoko, I. and Astuti, D. (2015) 'Pengaruh Kecepatan Pemberkasan Rekam Medis Elektronik Dan Rekam Medis Manual Rawat Jalan Terhadap Ketepatan Waktu Pengumpulan Berkas Jkn Di Klinik Interne RS Bethesda'.