

Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen

Aldi Pratama¹, Harry Fauzi², Zahrasita Nur Indira³, Prisai Purnama Adi⁴

^{1,2,3} Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto, Indonesia

⁴ RSUD Dr. Soedirman, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Jan 24, 2023

Revised Jan 31, 2023

Accepted Feb 28, 2023

Keywords:

BPJS Health
Pending Claims
Hospitalization

ABSTRACT

The National Health Insurance (JKN) claim is the submission of patient care costs for BPJS Kesehatan participants by the hospital to BPJS Kesehatan which is carried out collectively and billed to BPJS Kesehatan every month. After that, BPJS Kesehatan will approve claims and make payments for eligible files, but for files that are not yet eligible for claim or pending (unclaimed) must be returned to the hospital for re-examination. Dr. Soedirman Kebumen Hospital is a hospital that collaborates with BPJS to provide services to patients through a financing system, where problems are still found, especially related to pending claims. The incident of claiming at Dr. Soedirman Kebumen Hospital was caused by several things including administration, medical, coding, inappropriate files and others. Based on preliminary research, it was found that the pending claim file in September 2022 was 163 of the 1041 inpatient files using the JKN. From these problems, an analysis of the factors behind pending claims due to coding was carried out through quantitative research with a phenomenological approach. The results of the analysis shows the return of BPJS Kesehatan inpatient claim file at Dr. Soedirman Kebumen Hospital occurred due to differences in the perception of the diagnosis code in the claim file between the hospital coder and the BPJS Kesehatan verifier. In addition, the lack of supporting data as an enforcement of the diagnosis also affects the diagnosis accuracy code which results in pending claims. Based on these problems, there is a need for efforts that must be made by hospitals, such as evaluation activities related to officer performance according to existing job descriptions and improving the quality of human resources, especially coding officers by conducting training and socialization regarding policy updates regarding claims. Optimization of activities with the creation of SPO related to claims in order to minimize the occurrence of pending claims.

This is an open access article under the [CC BY-SA](#) license.



Corresponding Author:

Aldi Pratama,

Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan,

Universitas Muhammadiyah Purwokerto,

Kampus Soepardjo Roestam Jl. Letjen Soepardjo Roestam, Purwokerto.

Email: aldhiipratama1@gmail.com

1. PENDAHULUAN

Dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumaha Sakitan menyebutkan bahwa, “Rumah sakit merupakan institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat” [1]. Menurut *World Health Organization* (WHO), Rumah sakit merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan masyarakat yang berfungsi memberikan pelayanan menyeluruh (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medis.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perlu mempunyai pelayanan rekam medis yang baik sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit. Pelayanan rekam medis merupakan salah satu pelayanan yang terdapat di rumah sakit. Menurut Permenkes No. 24 tahun 2022 menyebutkan bahwa “rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien” [2]. Peran dan fungsi Rekam Medis sangat penting yaitu sebagai dasar pelayanan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam perkara hukum, bahkan untuk kepentingan penelitian dan pendidikan, bahan pembuatan statistik kesehatan dan terakhir sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan [2].

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dalam rangka menekan biaya pelayanan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk mendapat manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan [3].

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Sistem Jaminan Sosial adalah program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) [4]. Sistem pembiayaan BPJS kesehatan menggunakan besaran tarif berdasarkan *Indonesian-Case Base Groups* (INA CBGs). Pengelompokan tarif pada INA CBGs didasarkan pada pemberian kode diagnosis ICD-10 dan kode tindakan pada ICD-9 CM. Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Kesehatan berlaku di fasilitas pelayanan kesehatan seperti klinik, puskesmas, rumah sakit, dan sebagainya.

Sistem klasifikasi penyakit merupakan sistem pengelompokan penyakit dan pengelompokan prosedur yang sejenis menjadi suatu kesatuan nomor kode penyakit dan tindakan yang sejenis [5]. Dengan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10* (ICD-10), semua nama dan kelompok penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan akan sama di seluruh dunia dengan menerjemahkan sebagai huruf, angka, atau alfanumerik bergantung pada kode yang ada di ICD-10 (WHO) [6].

Koding adalah suatu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. Penentuan kode atas diagnosis klasifikasi penyakit yang berlaku dengan menggunakan ICD-10 untuk mengkode penyakit, sedangkan ICOPIM dan ICD-9-CM digunakan pada saat mengkode tindakan, serta komputer (*online*) untuk mengkode penyakit dan tindakan [7].

Berkas klaim yang tertunda atau *pending* disebabkan oleh berkas rekam medis yang tidak lengkap dan ketidaktepatan dalam penulisan kode diagnosis dan kode tindakan. Ketidaktepatan penulisan kode diagnosis dan tindakan disebabkan adanya perbedaan

persepsi antara koder dari rumah sakit dengan petugas verifikator BPJS. Ketidaktepatan penulisan kode diagnosis dan tindakan disebabkan karena terdapat ketidaksesuaian persepsi antara koder pihak rumah sakit dengan petugas verifikator BPJS. Kode tindakan dan kode diagnosis yang tidak tepat mempengaruhi penentuan tarif biaya klaim INA-CBG's dan mengakibatkan tarif INA-CBG tidak akurat. Pengajuan klaim rawat inap periode bulan September 2022 diperoleh data sejumlah 1.041 berkas. Setelah dikirimkan ke pihak BPJS, kemudian didapatkan kembali jumlah berkas pending klaim yang dikirimkan oleh petugas verifikator BPJS sebanyak 163 berkas.

Rumah sakit menjalin mitra dengan BPJS untuk sistem pembiayaan, dalam implementasinya masih terdapat permasalahan salah satunya adalah *pending* klaim. Masalah *pending* klaim ini terjadi karena beberapa faktor antara lain persyaratan yang tidak lengkap atau *resume* medis yang tidak lengkap, koding atau kesalahan koding untuk menentukan diagnosis utama, sehingga verifikator BPJS harus menyerahkan kembali dokumen klaim terlebih dahulu kepada bagian verifikasi yang ada di rumah sakit atau dokter penanggung jawab pasien untuk meminta kelengkapan dokumen. Hal tersebut mengakibatkan penagihan klaim dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit tertunda dan berdampak pada keuangan Rumah Sakit serta menyebabkan tidak tepatnya waktu pembagian jasa medis dokter dan jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

Dari pembahasan diatas peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap Akibat Koding Berkas Rekam Medis di RSUD Dr. Soedirman Kebumen. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab mengapa berkas pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. Soedirman Kebumen terjadi *pending* khususnya *pending* akibat koding [8].

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian deskriptif observasional. Penelitian digunakan untuk melihat gambaran dari fenomena, deskripsi kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data faktual dari pada penyimpulan [9]. Menurut [10] penelitian kuantitatif sebagai metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif atau statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan. Metode penelitian deskriptif menurut [10] tergolong pada jenis penelitian berdasarkan tingkat eksplanasi. Metode penelitian deskriptif merupakan penelitian dengan tujuan menggambarkan keadaan atau nilai satu atau lebih variabel secara mandiri. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen. Pengumpulan data dilakukan selama 4 minggu yaitu 14 November – 10 Desember 2022. Sampel yang digunakan adalah data yang dikumpulkan berupa data klaim tertunda pada bulan September 2022 dengan menggunakan data primer dan observasional [11]. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor penyebab permasalahan *pending* klaim akibat koding di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

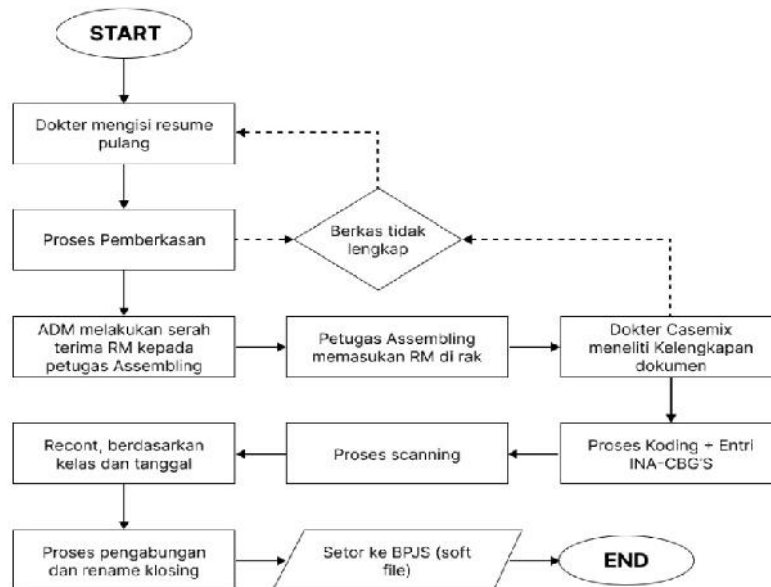
3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

Berdasarkan hasil praktik di lapangan, terdapat alur klaim BPJS rawat inap sebagai berikut:

- 1) Setelah dilakukan pelayanan, dokter mengisi diagnosis dan tindakan pada lembar resume pulang;

- 2) Berkas dari bangsal kemudian diambil oleh petugas untuk dilakukan proses pemberkasan;
- 3) Setelah berkas diserahkan kepada petugas assembling, kemudian berkas diletakkan di rak untuk dicek kembali kelengkapan dokumennya oleh dokter case-mix;
- 4) Dokumen yang sudah lengkap kemudian masuk pada proses koding dan entri kedalam SIMRS yang sudah bridging dengan sistem INA-CBG'S;
- 5) Setelah proses entri kemudian dikirim kembali untuk dipilah oleh petugas klaim untuk scan berkas;
- 6) Hasil *scan* pdf berkas klaim tersebut yang akan diajukan saat pelaporan dengan tim verifikator BPJS.



Gambar 1. Alur Klaim Pembiayaan Kesehatan BPJS Rawat Inap

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa di RSUD Dr. Soedirman Kebumen belum terdapat Standar Operasional Prosedur (SPO) mengenai pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Didapati bahwa proses klaim saat ini dilakukan hanya sesuai pada alur yang ada.

Klaim JKN merupakan pengajuan biaya pengobatan pasien peserta BPJS rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, yang dikumpulkan dan ditagihkan ke BPJS Kesehatan setiap bulan. Untuk mendapatkan biaya tersebut, pihak rumah sakit harus menyerahkan dokumen pendukung sebagai bukti untuk syarat pengajuan klaim. Kelengkapan dokumen klaim JKN dapat dipengaruhi oleh kelengkapan persyaratan yang berasal dari peserta (seperti fotokopi KTP, fotokopi kartu BPJS) atau dari asuhan medis (seperti resume pasien, laporan penunjang, laporan individu pasien). Kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan. Kelengkapan rekam medis rawat inap yang lengkap meliputi informasi rekam medis yang lengkap dan ditandatangani oleh dokter yang bertanggung jawab. Layanan medis yang tidak sesuai seringkali disebabkan oleh ketidaksesuaian antara lembar klaim dan *resume* medis seperti kode diagnosis dan kode tindakan yang tidak sesuai dengan ICD-10 dan ICD 9 CM.

Mekanisme pengajuan dan pembayaran klaim manfaat layanan BPJS Kesehatan diatur dalam Undang-undang Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal sepuluh bulan berikutnya [12]. Instansi kesehatan mengirimkan permohonan secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal

sepuluh bulan berikutnya. Apabila terdapat kekurangan dalam kelengkapan berkas permohonan, BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas ke fasilitas kesehatan untuk dilengkapi dengan melampirkan Berita Acara Pengembalian Klaim. Permintaan pengembalian dapat diajukan kembali oleh fasilitas kesehatan setelah pengajuan klaim pada bulan berikutnya. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas layanan yang diberikan kepada peserta selambat-lambatnya lima belas hari kerja setelah dokumen klaim diterima secara lengkap di Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/ Kota BPJS Kesehatan.

3.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen, peneliti menemukan masalah di bagian klaim pembiayaan kesehatan terkait pengajuan berkas klaim asuransi BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang mengalami *pending* klaim pada bulan September 2022 ditemukan 1.041 jumlah klaim yang diajukan pada rawat inap bulan September dan berkas klaim rawat inap yang mengalami *pending* klaim di RSUD Dr. Soedirman Kebumen yaitu 163 berkas klaim.

Tabel 1. Data *Pending* Klaim

No	Jumlah Pengajuan Klaim Ranap	<i>Pending</i> Tahap 1 30% BPJS	<i>Pending</i>	%
1	1.041	312	163	52.24

Berdasarkan tabel 1, didapatkan 1.041 total pengajuan klaim rawat inap bulan September 2022, 312 dari pengembalian 30% BPJS, 163 pengembalian klaim (*pending* klaim) dari pihak BPJS kepada pihak rumah sakit, sehingga terdapat 163 atau 52,24% dari total jumlah pengembalian klaim rawat inap pada bulan September 2022. Dengan perhitungan sebagai berikut:

- 1) Jumlah keseluruhan klaim bulan September 2022 adalah 1.041.
- 2) *Pending* klaim tahap pertama 30% dari BPJS: $\frac{30}{100} \times 1041 = 312$.
- 3) *Pending* klaim tahap kedua dari pihak BPJS kepada pihak RS adalah 163.
- 4) Pada data *pending* klaim bulan September 2022 RSUD Dr. Soedirman Kebumen terdapat 163 berkas *pending* klaim, lalu pengembalian klaim 30% dari BPJS adalah 312, maka $\frac{163}{312} \times 100 = 52,2\%$.

Masalah yang mengakibatkan *pending* klaim masih terjadi akibat faktor kesalahan pelayanan atau medis, ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan, serta penunjang yang berdampak pada kelancaran klaim/besaran klaim yang dapat merugikan rumah sakit. Berikut ini adalah data pengembalian klaim rawat inap pada bulan September 2022 di RSUD Dr. Soedirman Kebumen berdasarkan Administrasi, Koder, serta Medis:

Tabel 2. Jumlah Berkas *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap Berdasarkan Faktor Penyebab

No	Bagian	Jenis	Jumlah	%
1	Administrasi	RI	39	12.5
2	Koder	RI	71	22.7
3	Medis	RI	53	16.98
Total			163	52.98

Berdasarkan tabel 2, dari seluruh data berkas klaim *pending*, kemudian data tersebut dipisahkan berdasarkan faktor penyebab yang diambil dari kolom keterangan. Faktor penyebabnya dibagi menjadi 3 yaitu kesalahan dari unit administrasi, koder, dan medis. Hasil dari penyaringan total 163 berkas klaim *pending* berdasarkan faktor penyebab didapatkan sebanyak masing-masing 39 berkas karena administrasi, 71 berkas karena

kesalahan diagnosis atau koder, dan 53 berkas karena medis. Pada penelitian ini penulis berfokus pada permasalahan *pending* klaim pada bagian koder. Dengan perhitungan sebagai berikut:

- 1) Total pengembalian bagian Administrasi = $\frac{39}{312} \times 100 = 12,5\%$
- 2) Total pengembalian bagian Koder = $\frac{71}{312} \times 100 = 22,75\%$
- 3) Total pengembalian bagian Medis = $\frac{53}{312} \times 100 = 16,98\%$

Dalam implementasi kebijakan JKN di RSUD Dr. Soedirman Kebumen masih terdapat masalah-masalah terutama terkait *pending* klaim seperti kesalahan kodifikasi diagnosis pasien. Kesalahan tersebut bias terjadi karena perbedaan pemahaman antara pihak verifikator BPJS dengan koder yang mengakibatkan terjadinya *pending* klaim.

Permasalahan akibat koding masih ditemukan pada berkas pasien yang belum tepat dalam pemberian kode diagnosis maupun prosedur tindakan. Masalah kesalahan penentuan kode diagnosis juga tidak sepenuhnya terjadi karena kesalahan koder, tetapi juga dikarenakan kurangnya data pendukung dari bagian penunjang. Hal tersebut merupakan penyebab terjadinya *pending* klaim.

Tabel 3. Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Pada Bagian Koder

No	Hasil	Jumlah	%
1	Tepat	44	61.97
2	Tidak Tepat	27	38.02
Total		71	100

Berdasarkan tabel 3, didapatkan hasil analisis pengembalian klaim BPJS rawat inap pada bagian koder sejumlah 71 berkas pengembalian di RSUD Dr. Soedirman Kebumen, sebesar 61% tepat dalam melakukan kodifikasi oleh koder dan 38% belum tepat dalam melakukan kodifikasi oleh koder.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keakuratan kode yaitu:

- 1) Perbedaan pemahaman antara rumah sakit dengan verifikator mengenai koding penyakit atau tindakan.

Perbedaan konsep atau persepsi terhadap diagnosis dan kodingnya antara dokter yang merawat di rumah sakit maupun koder dan verifikator BPJS. Seperti contoh berdasarkan data *pending* klaim BPJS rawat inap bulan September 2022 di RSUD Dr. Soedirman Kebumen yaitu untuk diagnosis persalinan spontan terdapat usulan perubahan diagnosis dari verifikator BPJS menjadi persalinan dengan bantuan kode O83, diagnosis persalinan pihak BPJS mengira bahwa persalinan menggunakan bantuan, tetapi koder mempertahankan kode O80 karena setelah dicek kembali dalam berkas tidak ada bantuan. Dalam sistem INA-CBGs, yang memicu biaya terbesar dan masa rawat inap di rumah sakit menjadi lama adalah diagnosis utama. Hal ini tidak selalu konsisten dengan konsep diagnostik utama untuk dokter jika tersedia perbedaan antara ranah kedokteran klinis dan ranah koding administrasi klaim. Dalam ranah klinis medis, diagnosis utama mengacu pada patofisiologi kasus yang merupakan dasar dari kasus pasien dan dapat bergerak secara dinamis sesuai perkembangan kondisi pasien, dan berdasarkan kesesuaian pemeriksaan penunjang [13].

Selain itu, permintaan untuk meninjau kembali dan memperbaiki diagnosis juga dapat dilakukan karena adanya perbedaan kognitif antara koder dan verivikator internal rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan. Revisi pun dilakukan jika menurut BPJS Kesehatan ada diagnosis medis di *resume* medis yang tidak sesuai dengan ketentuan. Tidak sesuai ketentuan adalah penempatan diagnosis primer dan sekunder tidak sesuai dengan aturan koding pada ICD-10.

Perbedaan persepsi ini dapat terjadi meskipun aturan dasar yang digunakan sama. Oleh karena itu, diperlukan kerjasama dan koordinasi yang baik antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan agar ada kesamaan persepsi terhadap aturan koding yang berlaku.

2) Kekurangan data pendukung sebagai penegakan diagnosis.

Dari beberapa penyebab *pending* klaim hasil verifikasi BPJS terkait koding di RSUD Dr. Soedirman Kebumen, yang masih menjadi hambatan oleh petugas koding adalah kurang lengkapnya pengisian data pendukung seperti pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada rekam medis, serta ketidaksesuaian diagnosis dengan ICD 10 sehingga berakibat koding yang telah dibuat ditanyakan kembali karena penegakan diagnosis belum beserta data pendukung. Informasi yang kurang jelas menyebabkan koder tidak tepat dalam menentukan kode diagnosis.

Jika ada diagnosis tanpa hasil pemeriksaan yang sesuai atau hasil pemeriksaan tidak tersedia, maka berkas tersebut akan *pending* dan dikembalikan ke rumah sakit untuk konfirmasi. Konfirmasi diagnosis juga BPJS Kesehatan dapat melakukannya jika mereka menemukan kejanggalan. Seperti contoh pada tabel lampiran data *pending* klaim pada bagian koder mengenai informasi klaim yang tertunda yaitu pada keterangan verifikasi cek kode gabung du, terdapat riwayat *heart disease*, yang seharusnya dokter melampirkan hasil *rontgen* agar tidak membingungkan koder saat penentuan kode diagnosis yang tepat. Contoh kasus lainnya dalam data pengembalian klaim terdapat kasus “dalam biling tidak ada transfusi, mohon anemia tidak kode sebagai diagnosa sekunder”. Masalah tersebut dikarenakan diagnosis dengan pendukung tetapi tanpa terapi. Dalam klaim JKN, diagnosis yang dapat diklaim JKN adalah diagnosis yang mendapatkan terapi, sedangkan jika hanya dengan pendukung saja tanpa dilakukan terapi maka dianggap sebagai morbiditas saja oleh rumah sakit tetapi tidak dibayarkan oleh JKN.

Tabel 4. Contoh Kasus *Pending* Klaim di RSUD Dr. Soedirman Kebumen Bulan September

No. RM	Kode INA CBG	Keterangan
276***	N-4-10-II	Dalam biling tidak ada transfusi, mohon anemia tidak kode sebagai diagnosa sekunder
346***	N-4-10-II	anemia tidak ada transfuse dalam biling maka tdk kode diagnosa sekunder
495***	O-6-10-II	Tidak ada transfusi dalam biling? Maka tidak kode anemia sebagai diagnosa sekunder
467***	N-4-10-II	Tidak ada transfusi dalam biling? Maka tidak kode anemia sebagai diagnosa sekunder
495***	N-4-10-II	Tidak ada transfusi dalam biling? Maka tidak kode anemia sebagai diagnosa sekunder

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian [5] dijumpai ketidaklengkapan lembar formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas bahwa jika tidak ditemukan bukti maka klaim akan dikembalikan kepada petugas

klaim rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki. Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan terlihat kurangnya *file* pendukung.

Upaya Pemecahan Masalah

Pending klaim mengakibatkan tidak terbayarnya pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan sehingga pemasukan rumah sakit akan menurun dan berdampak pada kegiatan operasional yang ada di rumah sakit karena hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS Kesehatan. Berdasarkan permasalahan tersebut diperlukan strategi melalui analisis faktor-faktor yang menyebabkan kejadian *pending* klaim di unit rekam medis sebagai berikut:

1. Pembentukan Tim Untuk Melakukan Sosialisasi dan Evaluasi.

Petugas membentuk tim BPJS adalah upaya staf untuk memperbaiki penyebab *pending* klaim BPJS termasuk penanggung jawab BPJS, koder, dan pihak manajemen untuk melakukan sosialisasi dan evaluasi terkait peraturan dari pihak BPJS. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 26 tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan yaitu membentuk tim *ase-mix*/tim INA-CBG’s rumah sakit akan menjadi penggerak membantu melakukan sosialisasi, monitoring, dan evaluasi implementasi INA-CBG’s di rumah sakit [3].

Sosialisasi kepada koder mengenai Surat Edaran Nomor HK.03.03/MENKES/518/2016 Tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dan surat Berita Acara Kesepakatan Bersama Penduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG Tahun 2019 perlu dilakukan untuk menambah pemahaman petugas dalam menyelesaikan permasalahan klaim.

No	Utama	Diagnosis / Prosedur Sekunder	Prosedur	Perihal	Kesepakatan
1.1. PEMASUKAN ALIAN KLINIS					
No	Utama	Diagnosis / Prosedur Sekunder	Prosedur	Perihal	Kesepakatan
21			Skin graft	Skin graft ditagihkan pada kasus keloid, selulitis, dll	Pada kasus skin graft, tidak dapat dijamin pada yang berhubungan dengan kosmetik. Catatan: pastikan pengisian koding graft, pastikan tindakan graft, masa dilakukan pada pasien (misalnya pada luka/ injury yang luas dan dalam), jika hanya luka kecil dioding skin graft (BIS-BN) perlu dikontinuasikan.
22			Educational Therapy (60.07)	Educational therapy pada konsultasi ke dokter misalnya dokter gizi pada klaim rawat jalan.	1. Episode sesuai dengan aturan episode rawat jalan, educational therapy bukan untuk konsultasi gizi. 2. Pelayanan gizi tidak akan yang dilakukan oleh dokter spesialis gizi klinik.
23		Anemia		Penggunaan Anemia sebagai diagnosis sekunder pada beberapa diagnosis utama seperti: persalinan, gagal ginjal, dll. Menyebabkan peningkatan biaya klaim. Dampak: Peningkatan Severity Level menjadi III	Anemia pada persalinan: 1. Standar Diagnosis Anemia dapat menggunakan standar WHO 2. Jika terdapat bukti klinis (tab) anemia tetap dioding. Anemia sebagai diagnosis sekunder adalah anemia yang disebabkan oleh: 1. Komplikasi penyakit utamanya (dimana terapi anemia berbeda dengan terapi utamanya, contoh: pasien kanker payudara yg diinditerapi pada portanannya timbul anemia maka anemia tersebut dapat dimasukkan diagnosis sekunder dan stadium lanjut, dll) yang memerlukan tranfusi darah dan eritropoetin harus dimasukkan. 2. Anemia gravis (stadium 3) pada penyakit kronik (gagal ginjal kronik, kanker, ke dalam diagnosis sekunder karena memerlukan pengobatan khusus yg berbeda dari penyakit dasarnya).

Gambar 2. Contoh Penyelesaian Masalah Kasus *Pending* Klaim Dalam Surat Edaran Nomor HK.03.03/MENKES/518/2016

2. Mengoptimalkan Kegiatan Pengelolaan Yang Ada.

RSUD Dr. Soedirman Kebumen harus selalu mengevaluasi untuk mengurangi timbulnya tidak lengkapnya berkas klaim, mulai dari selalu mengkomunikasikan segala permasalahan yang muncul ada dan berkoordinasi dari setiap bagian yang terkait, melakukan peningkatan kinerja setiap bagian, ikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan.

Dalam pelaksanaan klaim yang tepat terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat diperlukan sebuah pengelolaan yang baik dari setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan

sebuah perencanaan yang baik setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Dalam mencapai target yaitu proses klaim yang baik, rumah sakit dapat menggunakan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya yang dimiliki [14].

Kegiatan perencanaan meliputi pembuatan SPO khusus untuk memenuhi persyaratan dan peraturan klaim BPJS seperti uraian tugas yang lebih jelas dan terstruktur, kemudian mensosialisasikan SPO atau peraturan lainnya kepada seluruh petugas pengolah klaim BPJS (Auditor BPJS Rumah Sakit, Tim Dokter, Tim Keperawatan, dan Tim *Coding* BPJS/Rekam Medis). Mengadakan pertemuan lebih rutin minimal satu minggu sekali untuk setiap petugas yang menangani klaim BPJS [15].

Selanjutnya, tentukan target organisasi mana yang bertanggung jawab untuk melakukan tugas-tugas yang terkait dengan penyelesaian berkas klaim BPJS. Sasarannya adalah tim kontrol yaitu tim keperawatan, kelompok dokter, petugas koding atau rekam medis, serta petugas verifikator rumah sakit BPJS yang memiliki keahlian masing-masing sesuai fungsinya. Melakukan identifikasi sumber daya dalam mengelola berkas klaim BPJS pasien rawat inap seperti komputer yang terintegrasi untuk memudahkan proses INA-CBG's, lembaran dokumen persyaratan klaim BPJS, hasil penunjang lainnya.

Hal ini sejalan dengan penelitian [16], menyebutkan operasional Rumah Sakit membutuhkan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Salah satunya adalah manajemen yang dibutuhkan untuk mengelola semua kegiatan proses era BPJS Kesehatan. Penanganan klaim yang tertunda dapat dilakukan oleh mengoptimalkan kegiatan pengelolaan yang ada. Dengan asumsi, berkas klaim yang lengkap tidak mengalamikan *pending* atau pengembalian berkas.

3. Berkomunikasi Dengan Pihak Penanggung Jawab Bagian Medis.

Pihak koder akan membahas dengan bagian medis mengenai berkas klaim BPJS yang masih *pending*. Jika hasil pembahasan RS tidak setuju dengan alasan *pending* verifikator BPJS, rumah sakit akan menjawab sesuai dengan hasil koordinasi dengan bagian medis (DPJP). Namun jika setuju dengan alasan *pending* dari BPJS, maka pihak rumah sakit akan setuju dan mengikuti alasan *pending* tersebut.

Sejalan dengan penelitian [17], upaya mengatasi penyebab tertundanya klaim BPJS adalah petugas memberikan informasi kepada pasien, petugas koding aktif berkomunikasi dan konfirmasi dengan DPJP, petugas rekam medis mengupayakan untuk menambah sumber daya manusia. Selain itu, petugas secara rutin melakukan *back-up* data dan berkomunikasi dengan pihak BPJS Kesehatan.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian serta pembahasan yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan:

- A. Proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan dalam pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soedirman Kebumen didapatkan bahwa prosedur administrasi klaim BPJS dalam pelayanan rawat Inap di RSUD Dr. Soedirman Kebumen berjalan sesuai Alur yang ada, tetapi belum memiliki SPO untuk klaim pembiayaan kesehatan.
- B. Faktor *pending* klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen terjadi bukan murni karena kesalahan koder, tetapi karena faktor perbedaan persepsi kode diagnosis dalam berkas klaim antara pihak verifikator *internal* rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan. Selain itu kekurangan data pendukung sebagai penegakan diagnosis juga mempengaruhi keakuratan kode

diagnosis yang mengakibatkan *pending* klaim.

- C. Upaya yang dilakukan RSUD Dr. Soedirman Kebumen terkait masalah klaim BPJS Kesehatan yang tertunda, melakukan peningkatan kualitas SDM khususnya petugas koding dengan mengadakan pelatihan serta sosialisasi mengenai pembaharuan kebijakan terkait klaim. Pengoptimalan kegiatan dengan dibuatnya SPO terkait klaim agar dapat meminimalisir kejadian *pending* klaim. Pihak rumah sakit selalu melakukan evaluasi untuk menekan kejadian pengembalian berkas klaim, dimulai dari selalu mengkomunikasikan permasalahan yang ada dan melakukan koordinasi dari setiap bagian terkait serta meningkatkan kinerja setiap bagian, mengikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan.

REFERENCES

- [1] Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumaha Sakitan*, no. 086146. 2021.
- [2] Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis*. 2022.
- [3] Peraturan Menteri Kesehatan, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan*. 2021.
- [4] “Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial,” 2011.
- [5] D. Irmawati, “Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara,” *J. Rekam Medis dan Inf. Kesehat.*, vol. 1, pp. 45–51, 2018.
- [6] D. Harmanto and A. Herisandi, “Pengaruh Kode Topography Dan Morphology Terhadap Keakuratan Kode Diagnosa Neoplasma Berdasarkan ICD-10,” vol. 10, no. 2, pp. 184–190, 2022.
- [7] R. Gunarti and M. Muchtar, “Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan,” *Thema Publ.*, 2019.
- [8] W. A. Santiasih, A. Simanjorang, and B. Satria, “Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai,” *J. Healthc. Technol. Med.*, vol. 7, no. 2, pp. 1381–1394, 2021.
- [9] Nursalam, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*, 5th ed. Jakarta: Salemba Medika, 2013. [Online]. Available: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- [10] Sugiyono, “Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D,” 2019.
- [11] A. Artanto, “Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016,” *J. Adm. Rumah Sakit Indones.*, vol. 4, no. 2, pp. 122–134, 2018, doi: 10.7454/arsi.v4i2.2564.
- [12] BPJS Kesehatan RI, *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*, vol. 53, no. 9. 2017.
- [13] D. Mardiwati and L. Handayuni, “Analisa Persepsi Verifikator Terhadap Kode Tindakan Medis Di RS Umum Citra Bunda Medical Center Padang,” *J. Ilm. Perakam dan Inf. Kesehat. Imelda*, vol. 6, no. 2, pp. 195–204, 2021, doi: 10.52943/jipiki.v6i2.486.
- [14] N. Nuraini, R. A. Wijayanti, F. Putri, G. Alfiansyah, A. Deharja, and M. W. Santi, “Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember,” *J. Kesmas Indones.*, vol. 11, no. 1, pp. 24–35, 2019, doi: 10.20884/1.ki.2019.11.1.1314.

- [15] S. F. Nabila, M. W. Santi, Y. Tabrani, and A. Deharja, “Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo,” *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 1, no. 4, pp. 519–528, 2020, doi: 10.25047/j-remi.v1i4.2157.
- [16] G. Alfiansyah and M. W. Santi, “Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember,” no. January, 2019, doi: 10.20884/1.ki.2019.11.1.1314.
- [17] L. W. Noviatry and Sugeng, “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho,” vol. 1, no. 1, pp. 22–26, 2016.

BIOGRAPHIES OF AUTHORS

	<p>Aldi Pratama, Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.</p>
	<p>Harry Fauzi, Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.</p>
	<p>Zahrasita Nur Indira, Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.</p>
	<p>Prisai Purnama Adi, Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.</p>