

FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS PASIEN COVID-19 DI RSUD Dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA

Ari Sukawan, Fitria Dewi Rahmawati, Ulfa Fauziah, Fikri Muhammad

*Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes
Kemenkes Tasikamalaya*

E - mail : arisukawan86@gmail.com, fitria.dew09@gmail.com

FACTORS CAUSING PENDING BPJS CLAIMS OF COVID 19 PATIENTS AT DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

ABSTRACT

Background: The completeness of medical records is one indicator of the quality of hospital services, which need to be noted by health workers, especially doctors as the person in charge of the patient. A medical record has financial value because its contents can be used as material to determine the cost of services in a hospital.

Subjects and Method: This type of research is a survey research with descriptive method. Location The research was conducted at RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. Time The research was conducted in July 2022 which was conducted on 5 main, key and supporting informants consisting of 1 chief medical records officer, 1 medical records officer (coder), 1 cashier officer, 1 doctor officer and 1 nurse office

Results: The results showed that the human resource process in implementing the BPJS Health claim administration procedure for inpatient services found that the informants understood the process of implementing the BPJS claim administration procedure for inpatient services, and it was also found that the BPJS claim administration procedure for inpatient services was running according to the Standard Operating Procedures. there is. Efforts have been made regarding the issue of Pending BPJS Health claims, the Hospital always evaluates to reduce the incidence of returning claim files, starting from always communicating about all existing problems and coordinating from each related section and improving the performance of each section, following regulations properly and also remind each other.

Conclusion: Hospitals are to monitor and evaluate employee performance on a regular basis and evaluate the compliance of officers in filling out the requirements sheet submitted to the BPJS verifier. So that it can minimize the return of the claim requirement file.

Keywords, Human Resource, Causes, Factors, Resolution, Pending Claims for Covid-19

ABSTRAK

Latar Belakang: Kelengkapan rekam medis menjadi salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit, yang perlu diperhatikan pencatatannya oleh tenaga kesehatan utamanya dokter sebagai penanggung jawab pasien. Suatu rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pelayanan di rumah sakit.

Subjek dan Metode: Jenis Penelitian ini merupakan penelitian survey dengan metode deskriptif. Lokasi Penelitian dilakukan di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. Waktu Penelitian dilakukan pada bulan Juli 2022 yang dilakukan terhadap 5 orang informan utama, kunci dan pendukung yang terdiri dari 1 petugas kepala rekam medis, 1 petugas rekam medis (koder) , 1 petugas kasir , 1 petugas dokter dan 1 petugas perawat.

Hasil: Penelitian ini menunjukkan bahwa proses SDM dalam pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap didapatkan bahwa para informan mengerti proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS pelayanan rawat Inap, dan juga didapati bahwa prosedur administrasi klaim BPJS pada pelayanan rawat Inap berjalan sesuai Standar Operasional Prosedur yang ada. Upaya yang dilakukan terkait masalah Pending klaim BPJS

Kesehatan, Rumah Sakit senantiasa melakukan evaluasi untuk mengurangi kejadian pengembalian berkas klaim, dimulai dari selalu berkomunikasi tentang segala permasalahan ada serta berkoordinasi dari setiap bagian yang berhubungan serta meningkatkan kinerja masing-masing bagian, mengikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan.

Kesimpulan: Rumah Sakit dilakukan pengawasan dan mengadakan evaluasi kinerja pegawai secara berkala dan evaluasi kepatuhan petugas dalam pengisian lembar syarat yang diajukan pada pihak verifikator BPJS. Sehingga dapat meminimalisir pengembaliann berkas syarat klaim.

Kata Kunci: SDM, Penyebab, Faktor, Penyelesaian, Pending Klaim Covid-19

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya pembangunan nasional dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Upaya tersebut diwujudkan dengan menyediakan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Demi terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis guna menunjang tertib administrasi. (Sukawan, 2021).

Dalam Permenkes No.24 Tahun 2022 Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (Peraturan Menteri Kesehatan, 2022). Kelengkapan rekam medis menjadi salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit, yang perlu diperhatikan pencatatannya oleh tenaga kesehatan utamanya dokter sebagai penanggung jawab pasien. Suatu rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pelpayanan di rumah sakit. Tanpa adanya catatan bukti tindakan pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggung jawabkan (Sukawan & Meilany,

2020).

Pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini berbasis prospective payment dengan adanya BPJS, rumah sakit yang bekerja sama dapat mengajukan klaim untuk selanjutnya dibayar apabila dinyatakan layak klaim. Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS setiap bulannya dengan melampirkan berkas-berkas persyaratan yang harus dilengkapi sesuai prosedur verifikasi BPJS kesehatan. Apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap maka pengajuan klaim akan terpending sehingga menyebabkan kerugian rumah sakit akibat ketidaklengkapan dokumentasi rekam medis. RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya merupakan rumah sakit rujukan regional Indonesia bagian Timur sekaligus rujukan pasien Covid 19 di Tasikmalaya (Sophia & Darmawan, 2017)

Seperti penyakit lainnya, pemerintah melalui Kementrian Kesehatan tanggal 24 April 2020 menerbitkan SE No. HK. 02.01/Menkes/295/2020 tentang klaim penggantian biaya perawatan Covid 19 oleh rumah sakit. Pengajuan klaim biaya perawatan pasien Covid 19 diajukan oleh rumah sakit rujukan dan rumah sakit lain secara kolektif kepada Direktur Jenderal

Pelayanan Kesehatan dengan melengkapi berkas yang diperlukan untuk proses verifikasi klaim perawatan pasien Covid 19, tim verifikator BPJS Kesehatan melakukan pemeriksaan administrasi terhadap kelengkapan berkas dipersyaratkan (Kementerian Kesehatan, 2020). Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengeksplorasi secara mendalam tentang pending klaim BPJS pasien Covid 19 di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian ini merupakan penelitian survey dengan metode deskriptif yang bertujuan untuk menyajikan gambaran lengkap dengan cara mendeskripsikan sejumlah variabel masalah yang diteliti, penelitian dilengkapi dengan pengambilan data kualitatif. Lokasi Penelitian dilakukan di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. Waktu Penelitian dilakukan pada bulan Juli 2022. Metode Pengumpulan Data dalam penelitian ini meliputi observasi pada jumlah berkas pending klaim pada periode Maret-Mei 2021 sebanyak 42 (64%) berkas klaim, ceklist observasi observasi resume medis digunakan untuk mengetahui kelengkapan dan konsistensi resume medis, ceklist koding digunakan untuk akurasi kode. Dan penyelesaian pending klaim dilakukan dengan triangulasi data melalui wawancara dan fokus grup diskusi antar peneliti, dan 5 orang informan yang terdiri dari 1 petugas kepala rekam medis, 1 petugas rekam medis (koder), 1 petugas kasir, 1 petugas dokter dan 1 petugas perawat. Populasi yang kami teliti adalah berkas

pending klaim tertunda bulan Maret sampai dengan Mei 2021.

HASIL PENELITIAN

Dalam penelitian ini peneliti melakukan pengumpulan data emik untuk melakukan *In Depth Interview* informan yang telah memenuhi kriteria peneliti. Didalam penelitian ini peneliti terlebih dahulu melakukan pendekatan edukatif serta membina rasa saling percaya, sehingga pada saat wawancara mendalam maka informan tidak sungkan lagi menjawab pertanyaan.

Tabel 1 . Karakteristik Informan

No	Inisial	Umur	Jenis Kelamin	Informan
1	"PFH"	33	Perempuan	Koder
2	"YW"	43	Laki-Laki	PJ Keperawatan
3	"DFA"	48	Laki-Laki	Dokter
4	"DR"	36	Perempuan	Kasir
5	"DW"	45	Laki-Laki	Kepala Rekam Medik

Sumber : *Data Primer 2022*

1. Mengidentifikasi SDM sebagai informan/partisipan

Setiap proses penyelenggaraan rekam medis dapat terlaksana dengan baik dan dapat memberikan informasi dan data yang lengkap, akurat tepat waktu jika didukung sumber daya manusia yang memadai dilihat dari segi kualitas dan kuantitasnya. Kualitas meliputi keterampilan, pengetahuan tingkat pendidikannya sedangkan kuantitas adalah jumlah tenaga kerja yang ada harus sesuai dengan beban kerja. Melihat pentingnya peranan petugas rekam medis di bagian koding, klaim dan Filing, maka perencanaan

jumlah kebutuhan sumber daya manusia harus sesuai dengan beban kerja di unit tersebut. Dalam hal ini kelebihan tenaga kerja akan mengakibatkan terjadinya penggunaan waktu kerja tidak produktif, Oleh karena itu petikan wawancara informan berikut ini :

“Mengenai SDM di rumah sakit ini lumayan bagus semua yah karena kami disini rata-rata berpendidikan minimal S1 bahkan ada juga yang sudah S2 dan kami juga selalu mengikuti kegiatan pelatihan yang sering diadakan oleh kementerian kesehatan” (Informan PFH, Koder, 33 Tahun)

“Sumber daya manusia di rumah sakit ini pada umumnya sama saja yah ada yang sudah melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi bahkan ada juga yang sementara sekolah lagi dan mengikuti pelatihan yang dianjurkan oleh pihak terkait khususnya kemenkes” (Informan YW. PJ Keperawatan Klaim Covid, 43 Tahun)

“Pada dasarnya kami disini ketika bicara mengenai SDM tentu boleh dikatakan cukup baik yah, karena pada dasarnya pihak rumah sakit ketika menyeleksi tenaga kesehatan yang ingin bergabung menggunakan serangkaian tes skill individu dan menelaah sejauh mana pemahaman tentang pelayanan kesehatan khususnya mengenai rekam medis” (DFA. Dokter, 48 Tahun)

“Dari sisi SDM rumah sakit tentunya baik yah karena kami disini melayani pasien secara profesional sesuai dengan keahlian tenaga kesehatan itu sendiri” (Informan DR. Kasir, 36 Tahun)

“Kami disini kalo bicara SDM baik sekali karena kami disini memiliki keahlian di bidangnya masing-masing dan ini menjadikan salah satu rumah sakit yang terbaik yang ada di Tasikmalaya” (Informan DW. Kepala Rekam Medik, 45 Tahun)

Berdasarkan wawancara menunjukkan bahwa pengelolaan sumber daya manusia yang baik menentukan mutu pengelolaan dan keberhasilan rumah sakit memberikan pelayanan kepada masyarakat. Keberhasilan dalam pelayanan kesehatan memberikan

kontribusi yang besar dalam mewujudkan program Indonesia Sehat. Dalam hal ini, untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang mengikuti kaidah tertib administrasi yang baik, maka rumah sakit perlu didukung dengan pengelolaan rekam medis melaksanakan profesi berkewajiban untuk menghormati hak pasien, menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien, memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang dilakukan, membuat memelihara rekam medis.

2. Mengidentifikasi penyebab pending klaim BPJS pasien Covid 19

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak Rumah Sakit kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Proses Klaim ini sangat penting bagi Rumah Sakit, sebagai penggantian biaya pasien asuransi yang telah berobat. Fasilitas yang bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan harus mampu mengajukan Klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, dengan disertakan berkas persyaratan harus dilengkapi sesuai prosedur verifikasi BPJS Kesehatan. Proses verifikasi berkas mencakup 3 hal meliputi administrasi klaim, kesesuaian coding dan klinis seperti petikan wawancara berikut ini :

“Dari segi administrasi dan juga tes PCR yang lama sehingga menyebabkan pending klaim dan mengenai kelengkapan data, kebanyakan dari anamnesa pasien yang kurang lengkap. Dan kalo

untuk klaim covid itu kan mengacu pada PMK dan kita harus menyesuaikan dengan penyakit yang diderita biasanya ada yang komorbid” (Informan PFH. Koder, 33 Tahun)

“Di rumah sakit inikan tidak ada ruang ICU jadi harus ke bougenville dan data yang biasa kembali it kalo ada pasien yang komorbid otomatis datanya biasa kembali tergantung dari berat ringannya gejala covid yang dirasakan” (Informan YW. PJ Keperawatan Klaim Covid, 43 Tahun)

“Salah satu penyebab pending klaim khususnya pasien covid karena banyaknya pasien setiap hari dan juga beban kerja perawat dan tenaga kesehatan lain cukup besar sehingga kadangkala petugas yang mengisi rekam medis salah menginput data sehingga pending tersebut harus diperbaiki” (Informan DFA. Dokter, 48 Tahun)

“Menurut kami yang menjadi penyebab terjadinya pending klaim karena gejala yang dirasakan setiap pasien berbeda-beda dan terkadang pihak asuransi dalam hal ini BPJS menanyakan kembali apakah data pasien tersebut sudah valid atau tidak” (Informan DR. Kasir, 36 Tahun)

“Selama masa pandemi covid memang banyak pasien yang mengalami pending klaim hal ini tentu menjadi problem kita dalam mengisi data pasien dikarenakan pada masa dimana musim pandemi covid yang hampir puluhan ribu setiap harinya kasus covid di indonesia menjadi beban tersendiri bagi semua rumah sakit yang melayani pasien covid terlebih dengan rumah sakit kami disini, akan tetapi kami semaksimal mungkin kami selalu cepat dalam memperbaiki data sehingga pihak bpjs dapat membayarkan premi dengan cepat ke rumah sakit” (Informan DW. Kepala Rekam Medik, 45 Tahun)

Berdasarkan wawancara diatas maka pada berkas klaim akan berdampak pada dana kas rumah sakit dan mengakibatkan akan terganggu di permasalahan dalam pembayaran klaim tersebut. Permasalahan proses klaim juga dapat menghambat pembayaran gaji karyawan serta memangkas biaya

pemeliharaan rumah sakit. Klaim pending yaitu pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL terkait kaidah koding maupun medis (dispute claim), namun penyelesaian sesuai dengan ketentuan peraturan undang-undang. Regulasi terkait koding BPJS seringkali berubah, hal ini mengharuskan seorang koder untuk selalu mengikuti perubahan yang ada. Pengetahuan tersebut erat kaitannya dengan persamaan persepsi dimiliki oleh seluruh petugas koder dalam mengkodekan suatu penyakit atau tindakan. Penerapan persepsi dalam suatu organisasi membawa banyak konsekuensi diantaranya pengharapan kinerja bagi tenaga kesehatan maupun petugas rekam medis.

3. Menganalisis faktor pending klaim BPJS pasien Covid 19

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan menurut petunjuk teknis verifikasi klaim memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan. Ketidak sesuaian administrasi kepesertaan yaitu pada data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung dan menjadi penyebab pengembalian berkas apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan keabsahan berkas maka berkas

dikembalikan ke RS untuk dilengkapi, berikut petikan wawancara informan dibawah ini :

“Karena kami dikejar waktu maka kami memperbaiki data dan mem follow up langsung data yang belum lengkap dan kami sesegera mungkin mengupload perbaikan data pasien yang belum lengkap” (Informan PFH. Koder, 33 Tahun)

“Yang kami ketahui sering terjadi pending klaim adalah dari kelengkapan data bahkan juga biasa salah mendiagnosa pasien dan premi yang ditanggung BPJS” (Informan YW. PJ Keperawatan Klaim Covid, 43 Tahun)

“Faktor pending klaim paling banyak terjadi pada kelengkapan data dan ini tentu menjadi fokus kami ke depannya agar sebisa mungkin meminimalisir kesalahan data agar berkas tidak bolak balik” (Informan DFA. Dokter, 48 Tahun)

“Selama ini yang kami ketahui faktor penyebab pending klaim karena status pasien covid biasanya petugas BPJS menanyakan kembali dan meminta klarifikasi mengenai data yang di input oleh petugas rekam medis” (Informan DR. Kasir, 36 Tahun)

“Faktor pending klaim BPJS pada umumnya sering terjadi hal ini dikarenakan banyaknya pasien yang ditangani di rumah sakit ini terlebih saat pandemi covid-19 yang membuat biasanya berkas tersebut bolak balik untuk diperbaiki dan dilengkapi, khususnya di tahun 2021 puncak dimana pandemi covid-19 melanda hal ini yang menjadi beban tersendiri bagi tenaga kesehatan dalam menangani pasien covid-19” (Informan DW. Kepala Rekam Medik, 45 Tahun)

Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan hasil bahwa, dampak dari ketidaklengkapan berkas klaim BPJS adalah terjadinya pending klaim, pending klaim sendiri berdampak keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah

sakit. Kemudian juga aliran dana kas Rumah Sakit juga terganggu karena pembayaran seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya. Dalam mengajukan berkas klaim, apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Permasalahan proses klaim mempengaruhi kegiatan operasional sebagai akibat dapat tidak tercukupinya data yang diperlukan

4. Mengidentifikasi penyelesaian terhadap pending klaim BPJS pasien Rawat Inap kasus Covid 19

Pelaksanaan klaim yang tepat terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit di era JKN sangatlah penting. Sangat diperlukan sebuah pengelolaan baik dari setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik. Dalam mencapai sebuah sasaran (proses klaim yang baik) dapat menggunakan planning (Perencanaan), organization (Organisasi), actuating (Pelaksanaan), dan controlling (Pengawasan) melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Berdasarkan pendapat tersebut sebetulnya

kegiatan di dalam Rumah Sakit memerlukan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit.

“Kalo dari BPJS biasanya kami dikasi langsung file excel untuk menyelesaikan data yang tidak lengkap dan mengkonfirmasi ulang data yang sudah diperbaiki” (Informan PFH. Koder, 33 Tahun)

“Kami dalam menyelesaikan pending klaim selalu berkomunikasi dengan pihak BPJS kesehatan tentang validasi sebuah data pasien sehingga dapat terselesaikan tepat waktu” (Informan YW. PJ Keperawatan Klaim Covid, 43 Tahun)

“Menurut kami yah dalam penyelesaian pending klaim kami selalu berkordinasi dengan pihak jaminan kesehatan dan kami selalu melakukan perbaikan data pasien yang menurut pihak BPJS belum lengkap” (Informan DFA. Dokter, 48 Tahun)

“Kami menyelesaikan ini dengan selalu merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan yah dan setiap ada data atau berkas tidak lengkap maka akan sesegera mungkin diperbaiki” (Informan DR. Kasir, 36 Tahun)

“Pihak rumah sakit selalu berkoordinasi dengan pihak BPJS dalam memperbaiki apa yang menjadi kekurangan dalam hal pending klaim, khusus masa pandemi covid, kami sebetulnya kewalahan dalam mengganti bahkan melengkapi data pasien karena pihak BPJS selalu mengkonfirmasi ulang dengan status pasien dan diagnosa yang kami tulis di pencatatan rekam medis” (Informan DW. Kepala Rekam Medik, 45 Tahun)

Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan upaya yang dilakukan Rumah Sakit terkait masalah pengembalian berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan, Rumah Sakit senantiasa

melakukan evaluasi untuk mengurangi kejadian ketidak lengkapan berkas klaim, dimulai dari selalu mengkomunikasikan segala masalah yang ada serta berkoordinasi dari setiap bagian yang berhubungan serta meningkatkan kinerja masing bagian, mengikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan

PEMBAHASAN

1. Mengidentifikasi SDM sebagai informan/partisipan

Ketersediaan SDM untuk petugas coding dan petugas entri sudah mencukupi dimana beban kerja yang didapat petugas tidak terlalu berat dan tidak terlalu ringan namun seimbang karena sudah terdapat 5 (lima) orang petugas entri.

Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam kepada para informan didapatkan bahwa para informan mengerti dan mengidentifikasi SDM. Hal ini terbukti terbukti dengan tidak berjalannya lembar *check list* untuk memudahkan petugas dalam menganalisis kelengkapan berkas klaim rawat inap dan kurang pengetahuan petugas klaim karena adanya kekeliruan beberapa petugas saat mengentrikan berkas klaim yang seharusnya tidak di entri karena memang sudah tidak layak dari awalnya seperti mengentrikan berkas klaim pasien. Seluruh informan mengetahui alur prosedur proses administrasi klaim BPJS, yakni dimulai dari tempat pendaftaran, lanjut ke dokter penanggung

jawab pasien rekapitulasi rekam medik dilanjutkan proses billing, selanjutnya diperiksa oleh verifikator, lalu di input oleh petugas koding, dan terakhir proses scanning untuk dikirim ke pihak BPJS

Sejalan dengan penelitian Megawati (2019) pasien datang kerumah sakit dengan membawa persyaratan yang dibutuhkan lalu diserahkan kepada petugas verifikator kelengkapan awal. Jika telah lengkap, petugas akan mencetak surat eligibilitas. Petugas kassa mencetak karcis piutang. Lalu pasien dapat diperiksa oleh dokter. Dokter memutuskan apakah pasien bisa pulang atau harus mendapatkan rawat inap (Kusumawati & Pujiyanto, 2018).

2. Mengidentifikasi penyebab pending klaim BPJS pasien Covid 19

Hasil dari penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam didapatkan bahwa penyebab tersering dari Pengembalian berkas klaim adalah ketidaklengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya yaitu tidak sesuai atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnosa yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Terdapat juga kendala dalam pelaksanaannya masih terdapat berkas yang terlambat pengembaliannya sehingga memperlambat

proses pengajuan klaim BPJS karena harus menunggu dan juga menyebabkan ketidaktelitian petugas sehingga terjadi kesalahan dalam proses pengkodean dan pengentian data karena berkas yang menumpuk. Selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak rumah sakit dengan pihak verivikator BPJS Kesehatan juga mempengaruhi *pending* klaim.

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan menurut petunjuk teknis verifikasi klaim memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan. Ketidaksesuaian administrasi kepesertaan yaitu pada data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung dan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim karena sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS dilengkapi (Kusumawati & Pujiyanto, 2018).

Dalam era JKN ini koder, dokter, dan verifikator memiliki peranan yang penting. Dengan adanya sistem INA CBGs, koder, dokter, dan verifikator memiliki hubungan yang saling berkaitan. Dari beberapa penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait konfirmasi koding, yang menjadi hambatan terbesar oleh koder adalah kurang

lengkapannya pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada resume medis serta ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan ICD 10 sehingga koding yang sudah dibuat dipertanyakan kembali karena penegakan diagnosis belum disertai dengan pemeriksaan pendukung. Informasi yang kurang jelas menyebabkan koder salah dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan

Perbedaan persepsi terhadap diagnosis dan pengkodeannya antara dokter yang merawat di RS dan verifikator BPJS seperti untuk diagnosis anemia harus disertai tranfusi, padahal tidak semua anemia harus di tranfusi. Selain itu, dalam konsep INA-CBGs, yang menimbulkan biaya terbesar dan/atau masa rawat inap paling lama adalah diagnosis utama. Hal ini tidak selalu sejalan dengan konsep diagnosis utama bagi para klinisi dimana ada perbedaan antara ranah klinis medis dengan ranah koding administrasi klaim. Dalam ranah klinis medis, diagnosis utama merujuk pada patofisiologi kasus yang menjadi dasar dari kasus pasien dan bisa bergerak dinamis sesuai perkembangan kondisi pasien, berdasarkan pemeriksaan penunjang yang tepat. Dasarnya adalah konsep ilmiah (Permata & Lubis, 2017).

Koding adalah upaya menjembatani diagnosis dan tindakan secara klinis medis dengan kode grouper aplikasi INA-CBGs. Selanjutnya berdasarkan kode tersebut, ditentukan besaran klaim. Diagnosis utama

dalam kepentingan ini didefinisikan sebagai diagnosis yang paling berbahaya atau mengancam kehidupan, diagnosis yang paling banyak membutuhkan sumber daya pelayanan dan diagnosis yang menyebabkan masa perawatan paling lama

3. Menganalisis faktor pending klaim BPJS pasien Covid 19

Dari hasil penelitian dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan hasil bahwa, dampak dari ketidak lengkapan berkas klaim BPJS adalah terjadinya pending klaim, pending klaim sendiri berdampak pada keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Kemudian juga aliran dana kas Rumah Sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya.

Dalam mengajukan berkas klaim, apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu permasalahan dalam pembayaran klaim. Permasalahan proses klaim juga dapat mempengaruhi kegiatan operasional rumah sakit sebagai akibat dapat tidak tercukupinya data yang diperlukan.

Klembar formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis

teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai (Irmawati *et al.*, 2018).

Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor man adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Ketidak lengkapan laporan penunjang dapat mempengaruhi jumlah biaya yang ditanggungkan. Faktor materials karena persyaratan yang tidak sesuai dalam pelaksanaannya masih terdapat resume medis yang tidak terisi atau terlambat pengembaliannya sehingga memperlambat proses pengajuan klaim BPJS karena harus menunggu dokter mengisi terlebih dahulu.

Penundaan pembayaran klaim memberatkan pihak RS yang membutuhkan dana untuk operasional dan kompensasi pegawai setiap bulan. Keterlambatan pembayaran oleh BPJS minimal 2 bulan setelah pengajuan klaim oleh pihak RS sangat mengganggu cash flow yang berdampak pada kualitas pelayanan. Keterlambatan bayar hingga berbulan-bulan mengakibatkan ruang fiskal untuk kegiatan operasional menjadi

terbatas. Rumah sakit harus mengurus sendiri skema pembiayaan melalui pihak ketiga, yakni perbankan sangat membebani pihak rumah sakit (Maulida & Djunawan, 2022).

Dampak dari ketidaklengkapan berkas klaim BPJS adalah terjadinya pending klaim, pending klaim berdampak terhadap pelayanan rumah sakit kepada pasien, khususnya terkait masalah ketersediaan stock obat-obatan. Pending klaim BPJS menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim sehingga proses pembayaran obat-obatan oleh rumah sakit kepada pihak penyedia obat formularium nasional (FORNAS) juga dapat terganggu. Masalah ini juga berdampak terhadap peningkatan beban kerja BPJS itu sendiri dikarenakan BPJS akan melakukan pengecekan ulang berkas klaim pending yang diajukan (Santiasih *et al.*, 2021).

4. Mengidentifikasi penyelesaian terhadap pending klaim BPJS pasien Rawat Inap kasus Covid 19

Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan upaya yang dilakukan Rumah Sakit terkait masalah pengembalian berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan, Rumah Sakit senantiasa melakukan evaluasi untuk mengurangi kejadian ketidak lengkapan berkas klaim, dimulai dari selalu mengkomunikasikan segala masalah ada serta berkoordinasi dari setiap bagian yang berhubungan serta meningkatkan kinerja masing-masing bagian,

mengikuti regulasi dengan baik dan juga saling menguntungkan.

Pelaksanaan klaim tepat terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit di era JKN sangatlah penting. 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. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik. Dalam mencapai sebuah sasaran (proses klaim yang baik) dapat menggunakan planning (Perencanaan), organization (Organisasi), actuating (Pelaksanaan), dan controlling (Pengawasan) melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Berdasarkan pendapat tersebut sebetulnya kegiatan di dalam rumah sakit memerlukan manajemen yang baik mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Salah satunya manajemen dibutuhkan dalam mengatur semua kegiatan untuk proses era BPJS Kesehatan. Kegiatan perencanaan meliputi membuat SOP khusus dalam pengisian berkas persyaratan klaim BPJS dan peraturan seperti job description yang lebih jelas dan dibuat lebih terstruktur, selanjutnya mensosialisasikan SOP atau peraturan lainnya tersebut kesemua.

Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada

para informan, didapatkan upaya dari BPJS kesehatan dalam mengatasi permasalahan *pending* klaim BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi terkait regulasi BPJS Kesehatan. Pihak BPJS Kesehatan terus melakukan konfirmasi dan koordinasi dalam proses klaim BPJS kesehatan terkait perbedaan pandangan dalam proses klaim serta melakukan sosialisasi mengenai regulasi-regulasi baru, dan melakukan evaluasi ke RS mengenai jalannya program, mengikuti panduan yang ada yaitu sesuai dengan Kemenkes dan ICD 10 dan ICD 9. (Santiasih et al., 2021)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Alfiansyah (2019) dimana BPJS juga perlu melakukan kontrol dan evaluasi kerja, baik kepada pihak BPJS sendiri maupun kepada pihak rumah sakit serta menyebutkan upaya menangani masalah ketidak lengkapan berkas BPJS, pihak BPJS telah melakukan upaya-upaya untuk meminimalisir angka kejadian ketidak lengkapan berkas Klaim, dengan melakukan sosialisasi terkait regulasi BPJS dan melakukan pelatihan mengenai proses administrasi klaim kepada petugas verifikator di rumah sakit (Alfiansyah et al., 2019).

PENUTUP

Proses SDM dalam pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap didapatkan bahwa para informan mengerti proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS pelayanan rawat Inap, dan juga didapati bahwa prosedur administrasi

klaim BPJS pada pelayanan rawat Inap berjalan sesuai Standar Operasional Prosedur yang ada.

Pending klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan terjadi karena ketidak sesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidak sesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat dokter penanggung jawab pasien (DPJP). mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan juga mempengaruhi *pending* klaim.

Permasalahan *Pending* klaim pasien rawat inap BPJS yang terjadi menyebabkan keterlambatan pembayaran jasa medik berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Kemudian juga aliran dana kas Rumah Sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya.

Upaya yang dilakukan terkait masalah *Pending* klaim BPJS Kesehatan, Rumah Sakit senantiasa melakukan evaluasi untuk mengurangi kejadian pengembalian berkas klaim, dimulai dari selalu berkomunikasi tentang segala permasalahan ada serta berkoordinasi dari setiap bagian yang berhubungan serta meningkatkan kinerja masing-masing bagian, mengikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan.

Saran bagi rumah sakit dilakukan pengawasan dan mengadakan evaluasi kinerja pegawai secara

berkala dan evaluasi kepatuhan petugas dalam pengisian lembar syarat yang diajukan pada pihak verifikator BPJS. Sehingga dapat meminimalisir pengembalian berkas syarat klaim.

Diharapkan pihak BPJS Kesehatan memperhatikan dan lebih mensosialisasikan perubahan regulasi kepada anggotanya dan tim medis dilapangan agar tidak terjadi perbedaan dan kesalahan pemahaman pada pelaksanaan, baik pihak administrasi dari BPJS kesehatan maupun petugas.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiansyah, G., Jember, P. N., Jember, P. N., Santi, M. W., & Jember, P. N. (2019). *Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember BPJS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT CITRA HUSADA JEMBER OPTIMIZING OF MANAGEMENT PENDING CLAIMS FOR BPJS ' S Prodi Rekam Medis , Jurusan Kesehatan , Polit. January, 23–35.* <https://doi.org/10.20884/1.ki.2019.11.1.1314>
- Irmawati, I., Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan, 1*(1), 45. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v1i1.3594>
- Kementerian Kesehatan. (2020). *SE Kementerian Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/295/2020 tentang Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit yang Menyelenggarakan Pelayanan COVID-19.*

- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cdk-282*, 47(1), 25–28.
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). *Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. February*, 374–379.
- Peraturan Menteri Kesehatan. (2022). *Permenkes no. 24 tahun 2022 ttg rekam medis*. 1–20.
- Permata, S., & Lubis, S. (2017). Rekam Medis Rawat Inap Di Rsu Ipi Medan Tahun 2017. *Rekam Medis Rawat Inap Di Rsu Ipi Medan Tahun 2017, Vol2(2)*, 356–362.
- Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1381–1394.
- Sophia, & Darmawan, E. S. (2017). Analisis Delay of Claims the Social Security Agency (BPJS) on Health at Dr. Mintohardjo Navy Hospital, DKI Jakarta. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(3), 83–88.
- Sukawan, A. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Kelengkapan Dokumen Medis terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Utama Pasien Seksio Caesarean di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten. *Jmiki.Aptirmik.or.Id*, 9(2), 2337–2585. <https://www.jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/152>
- Sukawan, A., & Meilany, L. (2020). Pengaruh Ketepatan Pengkodean Diagnosa dan Tindakan Medis pada Penyakit. *Jurnal Mitrasehat*, 10(1), 112–120.