

ANALISIS PENYEBAB *PENDING* KLAIM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WANGAYA

Made Ayu Dartini¹⁾, Rai Riska Resty Wasita²⁾, I Gusti Ngurah Manik Nugraha³⁾

*^{1,2,3)}Program Studi Perikam dan Informasi Kesehatan Universitas Dhyana Pura
Email : riskaresty@undhirabali.ac.id*

ABSTRAK

Salah satu permasalahan rumah sakit dalam pelaksanaan klaim adalah *pending* klaim. Berdasarkan data pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap pada bulan Mei-Juli 2022, berkas klaim yang dikembalikan sebanyak 220 (11,3%) berkas dari total berkas yang diajukan sebanyak 1,948. Adanya ketidaksesuaian kode diagnosis sebanyak 120 (54,5%) berkas, ketidaksesuaian kode tindakan sebanyak 32 (14,5%) berkas, ketidaksesuaian indikasi rawat inap sebanyak 44 (20%) berkas dan ketidaksesuaian episode rawat inap sebanyak 17 (7,7%). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran terjadinya ketidaksesuaian klaim sehingga menyebabkan *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar. Rancangan penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, *checklist* dan dokumentasi. Informan penelitian berjumlah lima orang. Analisis data menggunakan analisis triangulasi. Hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan ketidaksesuaian kode diagnosis terjadi karena adanya ketidaklengkapan rekam medis dan ketidakjelasan penulisan dokter. Ketidaksesuaian kode tindakan terjadi karena adanya ketidaklengkapan berkas laporan operasi dan perbedaan bahasa antara dokter dengan ICD-9-CM. Ketidaksesuaian indikasi rawat inap terjadi karena adanya persyaratan rawat inap yang tidak terpenuhi. Ketidaksesuaian episode rawat inap terjadi karena adanya ketidaktepatan penentuan episode oleh petugas. Diharapkan rumah sakit dapat melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan klaim agar tidak terjadi *pending* klaim.

Kata kunci: *pending* klaim; BPJS Kesehatan; pasien rawat inap

ABSTRACT

One of the hospital's problems in implementing Social Health Insurance Administration Body (BPJS Kesehatan) claims is pending claims. Based on data on returning BPJS claims for inpatients in May-July 2022, 220 (11.3%) claim files were returned out of a total of 1,948 files submitted. There were 120 (54.5%) diagnosis code discrepancies, 32 (14.5%) action code discrepancies, 44 (20%) hospitalization indication discrepancies, and 17 (7.7%) hospitalization episode discrepancies. This study aims to describe the occurrence of claims discrepancies that cause pending claims for BPJS Kesehatan inpatients at the Wangaya Regional General Hospital, Denpasar City. The design of this research is descriptive qualitative. Data collection methods used are interviews, observation, checklists, and documentation. There were five research informants. Data analysis using triangulation analysis. The research results obtained showed that the discrepancy in the diagnosis code occurred due to incomplete medical records and unclear doctor writing. The action code discrepancy occurred because of incomplete operation report files and differences in language between doctors and ICD-9-CM. Discrepancies in the indications for hospitalization occur due to the non-fulfillment of

hospitalization requirements. The discrepancy of hospitalization episodes occurred because of the inaccuracy of determining the episode by the officer. It is hoped that the hospital can evaluate the implementation of claims so that pending claims do not occur.

Keywords: pending claims; BPJS Kesehatan; inpatients

PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk mewujudkan sistem jaminan sosial nasional di bidang kesehatan. BPJS Kesehatan yang telah melakukan kerja sama dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) akan menanggung seluruh biaya kesehatan peserta BPJS kepada FKRTL dengan mengacu pada tarif INA-CBG. Cara penagihan terhadap biaya pelayanan dari FKRTL kepada BPJS Kesehatan yaitu dengan menggunakan sistem klaim (Kemenkes RI, 2023).

Klaim adalah permintaan pembayaran tarif pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan terhadap BPJS Kesehatan. Rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan tingkat lanjutan dan menjalankan kerja sama dengan BPJS Kesehatan akan mengajukan klaim tarif perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan secara kolektif terhadap pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Berkas persyaratan yang diajukan rumah sakit khususnya untuk pasien rawat inap, yaitu surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis dan bukti penunjang lainnya yang dibutuhkan (Direktorat BPJS, 2014). Sebelum pihak BPJS Kesehatan membayar tagihan biaya dari rumah sakit, klaim yang diajukan oleh rumah sakit dilakukan verifikasi terlebih dahulu oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk

menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang sudah dijalankan oleh rumah sakit. Apabila klaim yang diajukan oleh FKRTL belum memenuhi kelengkapan berkas klaim dan tidak sesuai, maka berkas klaim dikembalikan kepada FKRTL untuk mendapatkan konfirmasi karena BPJS Kesehatan hanya melaksanakan pembayaran klaim menurut hasil verifikasi yang sudah dinyatakan sesuai (Direktorat BPJS, 2018).

Salah satu permasalahan rumah sakit dalam pelaksanaan pengajuan klaim yaitu adanya *pending* klaim. Menurut Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, *pending* klaim adalah pengembalian klaim karena belum adanya kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL sehingga klaim belum dapat dibayarkan. Terdapat beberapa penelitian mengenai permasalahan *pending* klaim BPJS Kesehatan. Hasil penelitian Lewiani et al., (2017) menunjukkan pengembalian klaim disebabkan karena kelengkapan klaim yang diajukan tidak memenuhi syarat dan terjadi ketidaksesuaian data klaim sehingga klaim belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Hal yang sama juga didapatkan dari penelitian Sitorus et al., (2022) dimana faktor yang menyebabkan terjadinya pengembalian klaim karena adanya ketidaksesuaian diagnosis, ketidaksesuaian

indikasi medis dan ketidaksesuaian kode yang diberikan dengan panduan manual koding.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wangaya Kota Denpasar adalah rumah sakit tipe B Pendidikan milik pemerintah Kota Denpasar yang sudah bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan peserta BPJS Kesehatan. Hasil observasi awal yang dilakukan peneliti di RSUD Wangaya Kota Denpasar di unit kerja JKN pada bulan September 2022, diperoleh data pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap pada bulan Mei 2022 sampai bulan Juli 2022 dengan jumlah seluruh berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang dikembalikan adalah sebesar 11,3% atau sebanyak 220 berkas dari total berkas yang diajukan sebanyak 1.948. Berdasarkan laporan pengembalian klaim BPJS Kesehatan tersebut, *pending* klaim disebabkan oleh ketidaksesuaian syarat klaim yang diajukan. Ketidaksesuaian tersebut terdiri atas ketidaksesuaian kode diagnosis sebanyak 120 berkas dengan persentase sebesar 54,5%, ketidaksesuaian kode tindakan sebanyak 32 berkas dengan persentase sebesar 14,5%, ketidaksesuaian indikasi rawat inap sebanyak 44 berkas dengan persentase sebesar 20%, dan ketidaksesuaian episode rawat inap sebanyak 17 berkas dengan persentase sebesar 7,7%. Kejadian *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Wangaya Kota Denpasar pembayaran klaim tersebut mempengaruhi kegiatan pembiayaan di RSUD Wangaya Kota Denpasar dan menambah beban kerja petugas karena

petugas harus memperbaiki klaim yang dikembalikan.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Penyebab *Pending* Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran terjadinya ketidaksesuaian kode diagnosis, kode tindakan, indikasi rawat inap dan episode rawat inap sehingga menyebabkan *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif, yaitu memberikan gambaran tentang *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap karena adanya ketidaksesuaian pada persyaratan pengajuan klaim dan mendeskripsikan hal-hal yang menyebabkan terjadinya *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Wangaya Kota Denpasar. Penelitian ini dilakukan di Unit JKN Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar. Waktu penelitian dilakukan pada Bulan Februari 2023 sampai Bulan Mei 2023. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, checklist dan dokumentasi. Instrumen penelitian ini menggunakan pedoman wawancara dan lembar checklist. Informan penelitian berjumlah lima orang, meliputi satu orang Kepala Unit JKN, satu orang Koder dan tiga orang petugas Verifikator Internal.

Analisis data pada penelitian ini menggunakan triangulasi sumber, yaitu dengan cara membandingkan data yang diperoleh melalui beberapa sumber atau informan (Sugiyono, 2018). Peneliti akan mengumpulkan data mengenai penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Wangaya Kota Denpasar dengan melakukan wawancara kepada informan. Setelah data didapatkan oleh peneliti dari berbagai sumber data tersebut dideskripsikan lalu dikategorikan serta dilihat tentang pandangan yang sama, yang berbeda, termasuk mana yang spesifik dari lima sumber data tersebut sehingga diperoleh sebuah kesimpulan dari data yang telah dianalisis.

HASIL PENELITIAN

Informan dalam penelitian ini berjumlah lima orang. Karakteristik informan yang diwawancarai di RSUD Wangaya Kota Denpasar disajikan pada Tabel 1 berikut.

Tabel 1 Karakteristik Informan di Unit JKN RSUD Wangaya Kota Denpasar

Kode	Posisi	Pendidikan Akhir	Lama Bekerja
KU	Kepala Unit JKN	S1 Kedokteran	7 Tahun
K	Koder	DIII Rekam Medis	9 Tahun
V1	Verifikator	S1 Kedokteran	1 Tahun
V2	Verifikator	S1 Kedokteran	6 Tahun
V3	Verifikator	S1 Kedokteran Gigi	5 Tahun

Sumber data: Hasil observasi dan wawancara

Dari hasil observasi dengan menggunakan *checklist* pada 220 berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang *pending* pada bulan Mei-Juli

2022, didapatkan hasil penyebab *pending* klaim BPJS karena adanya ketidaksesuaian persyaratan klaim yang disajikan pada tabel 2 berikut.

Tabel 2 Data Pending Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Wangaya Kota Denpasar

Penyebab Pending Klaim	Sesuai		Tidak Sesuai	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Kode diagnosis	100	45,5	120	54,5
Kode tindakan	188	85,5	32	14,5
Indikasi rawat inap	176	80	44	20
Episode rawat inap	203	92,3	17	7,7

Sumber: Data primer (2022)

Berdasarkan tabel 2 di atas diketahui bahwa dari total 220 berkas klaim yang *pending* di bulan Mei-Juli 2022, terdapat ketidaksesuaian kode diagnosis sebanyak 120 (54,5%) berkas, ketidaksesuaian kode tindakan sebanyak 32 (14,5%) berkas, ketidaksesuaian indikasi rawat inap sebanyak 44 (20%) berkas dan ketidaksesuaian episode rawat inap sebanyak 17 (7,7%) berkas.

PEMBAHASAN

1. Penyebab Ketidaksesuaian Kode Diagnosis di RSUD Wangaya Kota Denpasar

Penyebab ketidaksesuaian kode diagnosis pada klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang mengalami *pending* di RSUD Wangaya Kota Denpasar, yaitu karena adanya ketidaklengkapan rekam medis dan ketidakjelasan penulisan dokter.

- a. Ketidaklengkapan rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara informan mengatakan bahwa terjadinya ketidaksesuaian kode diagnosis disebabkan oleh adanya ketidaklengkapan rekam medis sehingga kurangnya informasi dalam mengkode. Berikut adalah kutipan ungkapan informan.

“Biasanya karena tulisannya belum lengkap di resume. Kalau itu dilengkapi klaim diterima biasanya. Ketidaklengkapan menyebabkan kurangnya informasi dalam mengkode. Selain itu kurangnya kekuatan kita untuk mengajukan klaim karena masih banyak kekurangan.” (K)

Adanya informasi dalam rekam medis yang tidak lengkap, yaitu penulisan diagnosis yang kurang lengkap dan tidak terdapat hasil pemeriksaan penunjang menyebabkan kode diagnosis yang dihasilkan tidak sesuai karena informasi yang diterima koder tidak lengkap. Hal ini sejalan dengan penelitian Harmanto et al., (2022), penentuan kode diagnosis yang akurat sangat dipengaruhi oleh kelengkapan dari dokumen rekam medis karena dapat menyebabkan koder kesulitan dalam mengenali riwayat perjalanan penyakit pasien sehingga mempengaruhi kode penyakit. Sesuai dengan yang dijelaskan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 bahwa rekam medis harus dibuat

secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Oleh karena itu, dokter diwajibkan untuk menulis diagnosis pasien dan mengisi rekam medis pasien dengan lengkap agar petugas rekam medis khususnya koder tidak kesulitan dalam melakukan coding. RSUD Wangaya Kota Denpasar belum memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) di Unit JKN. Hal ini mengakibatkan tidak adanya acuan bagi petugas terkait dalam pelaksanaan pengajuan klaim, termasuk acuan pada kelengkapan berkas klaim.

b. Ketidakjelasan penulisan dokter

Kejelasan penulisan adalah terbacanya penulisan diagnosis penyakit pasien oleh petugas koder pada berkas rekam medis pasien. Berdasarkan hasil wawancara informan mengatakan bahwa terjadinya ketidaksesuaian kode diagnosis disebabkan karena ketidakjelasan tulisan dokter sehingga koder sulit membaca isi rekam medis. Berikut adalah kutipan ungkapan informan.

“Sangat susah membaca resume medis. Sangat-sangat susah kalau jamannya sebelum EMR ini karena diagnosanya memang sengaja disuramkan (tidak ditulis secara jelas) gitu ya. Orang-orang awam itu susah membaca. Hanya yang menangani pasien yang tahu apa yang ditulis itu.” (K)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Herman et al., (2020), tulisan dokter yang tidak jelas dan tidak terbaca menyebabkan petugas koding merasa kesulitan saat menentukan kode diagnosis. RSUD Wangaya Kota Denpasar masih dalam masa peralihan dari rekam medis manual ke rekam medis elektronik sehingga masih ada petugas yang mengisi rekam medis dengan tulis tangan. Ketidaktepatan tulisan pada rekam medis dikarenakan dokter terburu-buru dalam menuliskan diagnosis, sehingga petugas kesulitan dalam membaca isi dari rekam medis.

2. Penyebab Ketidaktepatan Kode Tindakan di RSUD Wangaya Kota Denpasar

Penyebab terjadinya ketidaktepatan kode tindakan pada klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang mengalami *pending* di RSUD Wangaya Kota Denpasar, yaitu ketidaktepatan laporan operasi dan perbedaan bahasa antara dokter dan ICD-9-CM.

a. Ketidaktepatan laporan operasi

Berdasarkan hasil penelitian informan mengatakan bahwa ketidaktepatan kode tindakan terjadi karena adanya ketidaktepatan pada laporan operasi, seperti tidak terperinci dokter menulis prosedur tindakan yang dilakukan sehingga hasil

kode yang dihasilkan kurang spesifik serta tidak terlampirkannya bukti tindakan yang diberikan kepada pasien. Kurangnya informasi yang didapatkan membuat koder sulit menentukan kode tindakan yang akurat. Berikut kutipan ungkapan informan.

“Seperti debridement ditulis oleh tenaga medis, tetapi debridement ada banyak di ICD 9 CM. itu salah satunya kode tindakan terkadang kurang sesuai.” (KU)

Penelitian Husin & Sari (2019) menunjukkan bahwa adanya pengaruh kelengkapan penulisan diagnosis tindakan dengan pengkodean pada ICD-9-CM. ketepatan pengkodean prosedur tindakan akan mempengaruhi ketepatan tarif INA-CBGs yang muncul. Sedangkan ketepatan pengkodean prosedur tindakan sangat dipengaruhi oleh ketepatan dan kelengkapan penulisan laporan operasi oleh dokter pada berkas klaim. Hal tersebut sangat berpengaruh pada hasil kode yang diperoleh. Ketidaktepatan laporan operasi menjadi salah satu masalah karena laporan operasi dapat memberikan informasi terperinci tentang prosedur pembedahan terhadap pasien sehingga akan berdampak dalam pengkodean prosedur tindakan dan mutu rekam medis.

b. Perbedaan bahasa antara dokter dan ICD-9-CM

Berdasarkan hasil wawancara informan mengungkapkan bahwa ketidaksesuaian kode tindakan tersebut disebabkan karena adanya perbedaan bahasa yang digunakan oleh dokter dengan yang tertulis pada ICD-9-CM. bahasa yang digunakan oleh dokter terkadang masih bersifat informal dan tidak baku sedangkan bahasa pada ICD-9-CM sifatnya formal dan baku. Hal tersebut membuat koder bingung dan harus menyesuaikan kembali hasil tulisan dokter dengan ICD-9-CM. Berikut kutipan ungkapan informan.

“Biasanya yang ditulis itu adalah tindakan medis bukan ICD9 CM. tindakan medis itu masih menggunakan bahasa informal dan sederhana. Sedangkan ICD 9 CM itu menggunakan bahasa pakem. Sehingga terjadi perbedaan definisi antara ICD 9 CM dengan tenaga medis. Bahasa yang digunakan tenaga medis lebih sederhana dan bahasanya tidak mengacu ke ICD 9 CM. jadinya saat kita mengkodeing menyesuaikan lagi ke ICD 9 CM.”
(KU)

Penelitian Rahmawati & Utami (2020) mengatakan bahwa ketidakakuratan kode disebabkan karena ketidaktepatan penulisan terminologi medis. Pengkodean yang akurat memerlukan penulisan diagnosis yang sesuai dengan terminologi medis yang tepat sehingga membantu petugas

koding dalam memilih *lead term* dan melakukan pengkodean penyakit sesuai dengan ICD 10 dan ICD-9-CM. Sejalan juga dengan penelitian Heltiani et al., (2022) mengatakan bahwa ketidaktepatan kodefikasi karena adanya ketidaktepatan penulisan terminologis medis. Hal ini disebabkan DPJP kurang memahami penulisan diagnosis dengan menggunakan terminologi medis yang benar dan belum adanya daftar singkatan baku yang menjadi acuan dalam penulisan terminologi medis dan belum memiliki SOP tentang penulisan terminologi medis yang sesuai dengan ejaan ICD-10.

3. Penyebab Ketidaksesuaian Indikasi Rawat inap di RSUD Wangaya Kota Denpasar

Berdasarkan hasil penelitian informan mengatakan bahwa penyebab pengembalian klaim tersebut karena tidak terpenuhinya kriteria rawat inap pada pasien. Indikasi rawat inap yang ditulis dokter tidak memenuhi kriteria kegawatdaruratan untuk dirawat inapkan. Hal ini yang kemudian menyebabkan penundaan pembayaran oleh BPJS Kesehatan karena dalam proses verifikasi, verifikator BPJS Kesehatan mempertanyakan indikasi pasien dirawat di pelayanan rawat inap saat itu. Berikut kutipan ungkapan informan.

“Begitu pasien yang seharusnya tidak di rawat inap tetapi dirawat inapkan ya akhirnya memang tidak diterima oleh BPJS karena syarat-syarat untuk melakukan rawat inap sudah jelas ada. Jika tidak terpenuhi ya terjadi pending.” (K)

Menteri Kesehatan pada Surat Edaran Nomor (Surat Edaran Nomor HK.03.03/MENKES/518/2016 dan Buku Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG edisi 1 Tahun 2017 & edisi 2 Tahun 2018 sudah menyebutkan mengenai apa saja indikasi medis yang termasuk dalam kondisi layak untuk dirawat inapkan. Terdapat 40 berkas yang tidak memenuhi kriteria indikasi rawat inap yaitu salah satunya pada kasus odontektomi. Dokter memberikan pelayanan rawat inap pada pasien dengan indikasi medis odontektomi tanpa adanya komorbiditas. Hal tersebut tidak sejalan dengan peraturan BPJS Kesehatan dalam Buku Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG edisi 2 Tahun 2017 bahwa kasus tindakan odontektomi tanpa komorbiditas tidak diperlukan rawat inap sehingga menyebabkan klaim *pending* karena indikasi tersebut tidak memenuhi kriteria rawat inap pada kasus odontektomi. Syarat agar bisa dijamin oleh BPJS Kesehatan dalam pelayanan rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat harus memenuhi syarat yaitu memenuhi

sebagai pasien rawat jalan, rawat inap maupun gawat darurat (Agiwahyunto et al., 2021).

4. Penyebab Ketidaksesuaian Episode Rawat Inap di RSUD Wangaya Kota Denpasar

Berdasarkan hasil wawancara Beberapa informan mengatakan bahwa penyebab terjadinya ketidaksesuaian episode rawat inap adalah dari segi sumber daya manusia, yaitu karena ketidaktahuan petugas terkait peraturan episode pelayanan dan ketidaktelitian dalam pembuatan SEP. Berikut kutipan ungkapan informan.

“Biasanya kita agak kacau untuk penetapan episode, ini satu episode atau dua episode.” (V2)

“Misalnya ada pasien yang dalam satu hari menerima pelayanan rawat jalan lalu karena hal tertentu pasien tersebut harus dirawat inapkan dan itu dibuat 2 episode yang terpisah oleh petugas. Seharusnya itu kan dianggap dia 1 episode kan ya..karena ketidaktahuan dari petugas.” (V3)

Pada berkas pengembalian klaim pasien rawat inap bulan Mei sampai Juli tahun 2022 di RSUD Wangaya Kota Denpasar terdapat 17 berkas (7,7%) pasien yang episode perawatannya tidak sesuai menurut BPJS Kesehatan, yaitu pasien yang menerima pelayanan rawat inap yang merupakan kelanjutan dari pelayanan rawat jalan di hari yang sama dihitung oleh petugas sebagai dua episode yang berbeda,

yaitu dibuatkan episode rawat jalan dan episode rawat inap pada pasien yang sama. Selain itu, adanya pasien yang menerima waktu perawatan kurang dari 6 jam dikategorikan episode rawat inap oleh petugas. Hal tersebut tidak sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional bahwa pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya. Lalu episode bagi pasien yang menerima pelayanan gawat darurat tersebut dikategorikan episode rawat inap apabila pasien telah menerima pelayanan IGD lebih dari 6 jam. Hal ini sejalan dengan penelitian Pitaloka & Ningsih, (2021) bahwa salah satu penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena adanya berkas klaim yang seharusnya menjadi satu episode penagihan dimana pada penagihan ini dibuat dua episode penagihan sedangkan pasien tersebut berobat rawat jalan dan masuk rawat inap pada hari yang sama. Pada pelayanan seperti itu seharusnya dijadikan satu episode penagihan.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Wangaya Kota Denpasar, maka dapat disimpulkan bahwa ketidaksesuaian kode diagnosis adalah ketidaklengkapan rekam medis dan ketidakjelasan penulisan dokter. Ketidaksesuaian kode tindakan terjadi karena adanya ketidaklengkapan berkas laporan operasi dan perbedaan bahasa antara dokter dengan ICD-9-CM. Ketidaksesuaian indikasi rawat inap terjadi karena adanya persyaratan rawat inap yang tidak terpenuhi. Ketidaksesuaian episode rawat inap terjadi karena adanya ketidaktepatan penentuan episode oleh petugas. Perlu dilakukan sosialisasi dan evaluasi agar meningkatkan kinerja petugas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturannya, melakukan koordinasi dengan DPJP dan koder untuk menyamakan persepsi terkait penulisan prosedur tindakan agar terjadinya keseragaman bahasa, melaksanakan sosialisasi kepada dokter tentang kriteria medis yang harus dipenuhi agar pasien dapat dirawat inapkan serta bagi petugas untuk lebih memperhatikan kebijakan terkait penentuan episode rawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyuanto, F., Anjani, S., & Juwita, A. (2021). Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 125.
<https://doi.org/10.33560/jmiki.v9i2.318>
Direktorat BPJS. (2014). *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*.

- Direktorat BPJS. (2018a). *Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 2 (2 ed.)*.
- Direktorat BPJS. (2018b). *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*.
- Harmanto, D., Dinata, M. T. Y. P., Djusmalinar, & Sari, N. P. (2022). Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Chronic Renal Failure di Rumah Sakit M. Yunus Bengkulu. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 1(2), 61–68. <https://journal-mandiracendikia.com/jbmc>
- Heltiani, N., Manalu, A. K., & Anggita, F. (2022). Hubungan Ketepatan Penulisan Terminologi Medis Terhadap Keakuratan Kode Kasus Rawat Inap RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(2), 134–148.
- Herman, L. N., Sustin, F., Efri, T. A., & Abdurachman, A. S. (2020). Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Di RSUP DR. Hasan Sadikin. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 575–581.
- Husin, & Sari, E. N. N. (2019). Pengaruh Kelengkapan Diagnosis Tindakan Pada Kasus Persalinan Berdasarkan ICD-9CM Terhadap Tarif INA-CBGs Pada Pasien JKN. *The Indonesian Journal of Health*, 10(1), 38–42.
- Kemenkes. (2016a). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Kemenkes. (2016b). *Surat Edaran Nomor HK.03.03/MENKES/518/2016 Tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA_CBG Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Kemenkes RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis*. Jakarta
- Kemenkes RI. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta
- Lewiani, N., Lisnawaty, & Akifah. (2017). Proses Pengelolaan Klaim Pasien BPJS Unit Rawat Inap Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat (JIMKESMAS)*, 2(6), 1–16.
- Pitaloka, S., & Ningsih, N. (2021). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit Tk 02.07.02 Lahat. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(12), 1733–1741. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i12.275>
- Rahmawati, E. N., & Utami, T. D. (2020). Hubungan Ketepatan Penulisan Terminologi Medis Terhadap Keakuratan Kode Pada Sistem Cardiovascular Di Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(2), 101. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v8i2.251>
- Sitorus, M. I., Yulia, N., Fannya, P., & Rumana, N. A. (2022). Tinjauan Peranan Koder Dalam Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD DR. R.M. Djoelham Kota Binjai. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 7(1), 56–64.

