Journal of Aafiyah Health Research (JAHR) 2024. Vol. 5, No. 2. Page 199-209
https://doi.org/10.52103/jahr.v5i2.1699
P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

JOURNAL OF AAFIYAH HEALTH RESEARCH (JAHR)

Publisher: *Postgraduate Program, Universitas Muslim Indonesia*
Journal Homepage:
http://pascaumi.ac.id/index.php/jahr/index

Original Article

Implementasi Pending Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Permenkes No 26 Tahun 2021 di RS Ibnu Sina

Ayu Oktaviani Hasbullah, *H. Alimin Maidin, Nur Ulmy Machmud

Program Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Muslim Indonesia, Makassar, Indonesia

Article History
Received: 30 January 2024
Revised: 20 February 2024
Accepted: 20 March 2024

Keywords: Implementasi Kebijakan; Permenkes; Pending Klaim

Corresponding Author:
aliminmaidin@umi.ac.id
Address: Jalan. Urip Sumeharjo, No. 5, 90231, Makassar, South Sulawesi, Indonesia

ABSTRAK

Latar Belakang: Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.26 Tahun 2021 dalam pelaksanaan jaminan kesehatan tentang pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) merupakan acuan bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan. Sistem INA-CBG menyediakan aplikasi tersendiri dalam penginputan berkas klaim serta menggunakan metode sistem pembayaran prospektif untuk membayarkan klaim kepada FKRTL. *Pending* klaim adalah pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan yang telah diajukan oleh pihak rumah sakit dikarenakan terdapat persyaratan yang belum lengkap atau tidak sesuai sehingga perlu direvisi kembali oleh petugas *casemix*. Berkas klaim pasien yang tidak sesuai dengan ketiga aspek verifikasi tersebut maka pihak BPJS akan mengembalikan berkas klaim tersebut atau mengalami *pending* klaim.

Metode: Metode penelitian yang digunakan adalah kuasi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Data primer diperoleh dari wawancara mendalam (*Indepth Interview*). Data sekunder diperoleh berdasarkan berkas pending dari hasil verifikasi klaim selama tahun 2021, 2022 dan 2023 di RS Ibnu sina. Penelitian ini dilaksanakan di Unit Casemix RS Ibnu Sina.

Hasil: Adanya kekeliruan kode penyakit dalam hal kode kontrol, kode gabung, dan kesesuaian kode prosedur dan diagnose utama. Hal ini menjadi sangat dilema bagi rumah sakit karena regulasi terkait koding di BPJS sering kali berubah-ubah, hal tersebut mengharuskan seorang koder untuk selalu mengikuti perubahan yang ada. Namun pembagian informasi tersebut tidak diperoleh secara merata oleh coder sehingga pengetahuan petugas koding kurang merata.

Kesimpulan: Berdasarkan analisis input terkait umber daya manusia pada petugas koding di RS Ibnu Sina belum sesuai. Berdasarkan analisis proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RS Ibnu Sina sebagian besar sudah sesuai dengan regulasi yang terlampir pada Permenkes No 26 Tahun 2021. Berkas persyaratan klaim dan pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS RS Ibnu Sina sudah sesuai dengan regulasi dan kaidah koding pada Permenkes No 26 Tahun 2021. Pengiriman klaim BPJS Kesehatan mayoritas rata-rata lebih dari 90% klaim layak.

ABSTRACT

Background: In accordance with the Minister of Health Regulation No.26 of 2021 in the implementation of health insurance regarding the Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) guidelines is a reference for Advanced Referral Health Facilities. The INA-CBG system provides a separate application for inputting claim files and uses a prospective payment system method to pay claims to FKRTL. Pending claim is the return of claim files by BPJS Health that have been submitted by the hospital because there are incomplete or inappropriate requirements that need to be revised again by casemix officers. Patient claim files that are not in accordance with the three aspects of verification, the BPJS will return the claim file or experience pending claims.

Method: The research method used is quasi qualitative with a phenomenological approach. Primary data were obtained from in-depth interviews. Secondary data were obtained based on pending files from the results of claim verification during 2021, 2022 and 2023 at Ibnu Sina Hospital. This research was conducted at the Casemix Unit of Ibnu Sina Hospital.

Results: There are errors in disease codes in terms of control codes, merge codes, and the suitability of procedure codes and main diagnoses. This is a dilemma for hospitals because regulations related to coding in BPJS often change, which requires a coder to always follow the changes. However, the distribution of information is not evenly obtained by the coder so that the knowledge of coding officers is uneven.

Conclusion: Based on the analysis of inputs related to human resources in coding officers at Ibnu Sina Hospital, it is not appropriate. Based on the analysis of the process of submitting claims for BPJS Health patients at Ibnu Sina Hospital, most of them are in accordance with the regulations attached to Permenkes No. 26 of 2021. The files of claim requirements and the implementation of BPJS patient claims at Ibnu Sina Hospital are in accordance with the regulations and coding rules in Permenkes No. 26 of 2021. The majority of BPJS Health claim submissions average more than 90% of eligible claims.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

PENDAHULUAN

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.26 Tahun 2021 dalam pelaksanaan jaminan kesehatan tentang pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) merupakan acuan bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan. Sistem INA-CBG menyediakan aplikasi tersendiri dalam penginputan berkas klaim serta menggunakan metode sistem pembayaran prospektif untuk membayarkan klaim kepada FKRTL. Perhitungan tarif pelayanan kesehatan dalam sistem INA-CBG ditentukan oleh kode DRG (*Disease Related Group*), LOS (*Length Of Stay*), regional rumah sakit, kualifikasi rumah sakit (rujukan nasional). Perhitungan tarif INA-CBG bersumber pada data *costing* dan data *coding* rumah sakit dengan berpedoman menggunakan ICD 10 dan ICD 9CM yang disusun oleh WHO. Penentuan besar kecilnya munculnya tarif di aplikasi INA-CBG ditentukan oleh koder rumah sakit dalam melakukan proses pengkodean serta penginputan diagnosis dan tindakan medis pasien (1).

Klaim pembayaran kesehatan atau dapat disebut klaim asuransi adalah tuntutan dari pihak tertanggung sehubungan dengan adanya kontrak perjanjian antara pihak asuransi dengan pihak tertanggung yang saling mengikatkan diri untuk menjamin pembayaran ganti rugi oleh penanggung jika pembayaran premi asuransi telah dilakukan oleh pihak tertanggung. Pihak penanggung yang dimaksud yaitu penyedia pelayanan kesehatan yang menanggung terlebih dahulu biayanya dan akan mengajukan penggantian biaya kepada pihak asuransi. Pengajuan klaim membutuhkan peran serta koder untuk mengkode, menginput, dan melengkapi berkas pengajuan klaim tersebut yang selanjutnya akan dikirimkan kepada verifikator BPJS Kesehatan.

Sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang disahkan oleh Direktorat Pelayanan tahun 2014 bahwa terdapat berkas yang perlu dilengkapi dalam pengajuan klaim pasien rawat inap maupun rawat jalan. Tambahan persyaratan lainnya yang perlu dilengkapi pada berkas klaim pasien rawat inap yaitu Surat Perintah Rawat Inap (SPRI), Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dan resume medis. Berkas yang perlu dilengkapi untuk pasien rawat jalan yaitu SEP serta bukti pelayanan rawat jalan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur. Berkas klaim yang sudah sesuai dengan ketentuan maka BPJS Kesehatan setuju untuk mengklaimkan biaya pelayanan kesehatan tersebut. Proses pengklaiman tersebut memiliki kemungkinan terjadi pending klaim (2).

Pending klaim adalah pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan yang telah diajukan oleh pihak rumah sakit dikarenakan terdapat persyaratan yang belum lengkap atau tidak sesuai sehingga perlu direvisi kembali oleh petugas *casemix*. Sesuai Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim tahun 2014, persyaratan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan akan melewati proses verifikasi dan perlu kesesuain dengan tiga aspek verifikasi. Aspek verifikasi tersebut antara lain yaitu aspek verifikasi administrasi kepesertaan, aspek verifikasi administrasi pelayanan, dan aspek verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim pasien yang tidak sesuai dengan ketiga aspek verifikasi tersebut maka pihak BPJS akan mengembalikan berkas klaim tersebut atau mengalami *pending* klaim (2).

Penyebab terjadinya *pending* klaim dikarenakan beberapa aspek saat proses verifikasi. Beberapa studi di rumah sakit swasta menemukan bahwa pengembalian berkas klaim berarti penundaan pembayaran klaim JKN. Studi yang dilakukan di RS Hermina Ciputat menemukan bahwa pengembalian klaim pada pelayanan rawat inap Juli hingga Agustus 2020 adalah 9%, sedangkan pada rawat jalan sekitar 0,001%. Analisis lanjutan menemukan sekitar 61% kasus dikembalikan karena tidak lolos administrasi pelayanan, 37% tidak lolos verifikasi kesehatan dan 2% tidak lolos verifikasi dengan system software INA-CBGs (3).

Dampak terjadinya *pending* klaim akan menghambat dalam proses penggantian biaya pelayanan kesehatan sehingga rumah sakit akan mengalami kerugian karena belum mendapatkan penggantian biaya yang telah dilakukan untuk pelayanan pasien BPJS Kesehatan. *Pending* klaim juga memengaruhi perencanaan kebutuhan pelayanan kesehatan di FKRTL karena melihat kondisi penggantian biaya yang belum terpenuhi. Penyelesaian *pending* klaim menjadi kewajiban bagi unit kerja rekam medis sehingga beban kerja petugas bertambah dengan mengadakan evaluasi kembali terkait berkas klaim *pending*.

Berdasarkan studi rumah sakit swasta di Makassar bahwa RS Ibnu Sina merupakan salah satu rumah sakit dengan pending klaim terbanyak dan 98 % pasien di RS Ibnu Sina adalah pasien BPJS. Rumah Sakit Ibnu Sina atau yang sering dikenal dengan RS Ibnu Sina adalah salah satu rumah sakit di Kota Makassar yang memiliki tipe B Pendidikan dan sudah melaksanakan akreditasi KARS Versi 2017 dengan hasil yang sangat memuaskan yaitu Paripurna. RS Ibnu Sina turut mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional dalam bentuk pembayaran pelayanan kesehatan dari pasien BPJS Kesehatan. Sistem pembayaran pelayanan kesehatan RS Ibnu Sina

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

mengalami pending klaim setiap bulannya baik pada jenis berkas klaim pasien rawat jalan maupun rawat inap sehingga diperlukan peninjauan berkas klaim kembali.

Berdasarkan studi pendahuluan dilakukan dengan cara observasi dan wawancara bersama salah satu seorang koder yang menangani berkas klaim pasien BPJS Kesehatan di RS Ibnu Sina. Hasil studi pendahuluan pada bulan Oktober-Desember 2022 didapatkan hasil pengamatan bahwa alur verifikasi klaim berbasis INA-CBG sudah sesuai dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim tahun 2014. Hasil Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim Bulan Oktober-Desember 2022 RS Ibnu Sina Makassar didapatkan kesimpulan bahwa klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit baik pada klaim pasien rawat jalan maupun rawat inap hanya menghasilkan dua jenis klaim yaitu klaim layak dan *pending* klaim. Jenis klaim tidak layak dan dispute klaim tidak terjadi di Bulan Oktober-Desember tahun 2022 karena pihak rumah sakit telah mengantisipasi penyebab klaim yang tidak layak serta telah menyetujui kesepakatan klaim bersama BPJS Kesehatan.

Pending klaim rawat inap terbanyak terjadi pada Bulan November sebesar 154 berkas dan *pending* klaim rawat jalan terbanyak terjadi pada Bulan November dan Desember sebesar 96 berkas. Rata-rata berkas *pending* klaim rawat inap yaitu 151 berkas atau sekitar 19% dari rata-rata pengajuan klaim rawat inap Bulan Oktober-Desember tahun 2022. Rata-rata berkas *pending* klaim rawat jalan yaitu 86 berkas atau sekitar 3% dari rata-rata pengajuan klaim rawat jalan Bulan Oktober-Desember tahun 2022. Dari permasalahan tersebut penyebab pending terbanyak di RS Ibnu Sina karena inputan koding yang belum sesuai dengan panduan manual koding yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan dan kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Permasalahan *pending* klaim yang ditemukan selama studi pendahuluan akan menghambat biaya operasional rumah sakit khususnya pada pembelian alat kesehatan, alat medis, dan obat-obatan. Pembelian alat kesehatan, alat medis, dan obat-obatan dengan jumlah yang telah ditargetkan dalam jumlah banyak dapat berkurang. Hal tersebut dikarenakan dana pencairan klaim dari periode sebelumnya yang tidak mencukupi pembelian sedangkan jasa dari tenaga kesehatan juga perlu diperhitungkan. Dampak *pending* klaim yang timbul berpengaruh pada bagian perencanaan keuangan, koder, dan bagian medis di rumah sakit sehingga perlu dilakukan analisis terhadap penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan sesuai pedoman yang tertuang dalam Kebijakan Permenkes No.26 Tahun 2021. Berdasarkan masalah tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan judul "Implementasi Pending Klaim Berdasarkan Permenkes No.26 Tahun 2021 Di RS Ibnu Sina".

METODE

Jenis penelitian yang di gunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian ini dilakukan di Ba Unit Casemix RS Ibnu Sina. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Januari-Februari 2024. Informan dalam penelitian ini berjumlah 10 orang yang terdiri dari informan kunci, informan utama dan informan pendukung. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa pedoman wawancara, kamera, handphone untuk merekam suara dan video dan buku catatan. Analisis data dengan cara analisis content yaitu penelitian yang bersifat pembahasan mendalam terhadap isi suatu informasi tertulis atau tercetak dalam media massa.

HASIL

Evaluasi Input

Evaluasi input pada penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara dengan informan kunci dan utama mengenai faktor input implementasi tenaga pekerja. Untuk mendukung kebijakan Permenkes No.26 tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG maka ketersediaan sumber daya manusia merupakan komponen penting pada pelaksanaan klaim BPJS. Sesuai dengan lampiran yang mana menyebutkan minimal terdiri dari Dokter, Koder, dan Verifikator. Pada kenyataannya sudah sesuai yaitu dokter, verifikator dan koder.

> *"....staff disini sebanyak 11 orang yaitu Koordinator PIC JKN, koder 2 orang, verifikator 2 orang termasuk dokter, pembuat billing dan finalisasi klaim" (Ny. S, 48 Tahun, 29 Januari 2024).*
>
> *"....Jumlah karyawan yang ada di unit pengajuan klaim sebanyak 11 orang terdiri dari koordinator, pembuatan billing, koder, pengimputan, verifikai internal, bagian scan berkas dan finalisasi klaim (Ny S, 45 Tahun, 29 Januari 2024).*

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Pembagian tugas staff pengajuan klaim yaitu koordinator PIC JKN, 2 orang koder (rawat jalan dan rawat inap), 3 orang pembuat billing (rawat inap dan rawat jalan), 2 verifikator (rawat inap dan rawat jalan) dan 2 orang finalisasi klaim. Yang pernah mengikuti pelatihan hanya 3 orang dari jumlah petugas 11 orang. Hal tersebut disampaikan dalam wawancara sebagai berikut: *"....diantara 11 petugas hanya koder dan verifikator yang pernah ikut pelatihan". (Ny.S., 45 Tahun, 29 Januari 2024).*

Meskipun begitu beberapa staff merasa ketersediaan SDM kurang terutama koder rawat inap dikarenakan jumlah pasien yang semakin meningkat tiap bulannya sementara koder rawat inap hanya 1, sehingga dirasa perlu penambahan koder agar status klaim pasien tidak menumpuk.

> *"....sebenarnya kurang, koder disini hanya 2 orang, satu rawat jalan dan satu rawat inap sementara jumlah pasien setiap bulan meningkat sehingga kadang kami lembur untuk menyelesaikan pekerjaan agar tidak menumpuk, hal ini juga yang kadang terjadi ketidaktelitian koder sehingga bisa jadi pending klaim"(Ny.S., 40 Tahun, 29 Januari 2024).*

Sementara dari Koordinator mengatakan bahwa ketersediaan SDM sudah sesuai dengan beban kerja mereka.
"....jumlah staff ada 11 orang dan menurut saya ini sudah sesuai dengan pembagian tugas masing-masing" (Ny S, 40 Tahun, 29 Januari 2024).

Kendala yang disampaikan oleh sebagian besar informan adalah kurangnya pengetahuan dan pemahaman dari staff untuk melengkapi status rekam medis dan penyerahan dokumen klaim yang selalu terlambat.

> *"....Menurut saya yang menjadi kendala dalam proses klaim adalah resume medis yang tidak lengkap, hasil penunjang yang tidak sesuai. biasanya dari perawatan" (Ny.I., 36 Tahun, 29 Januari 2024).*
> *"....nah... kalau resume medis yang tidak terisi secara lengkap memang dampaknya bias berpengaruh terhadap klaim dan kesesuaian koding tentunya" (Ny.A., 45 Tahun, 29 Januari 2024).*

Evaluasi Proses

Pada permenkes No 28 tahun 2014 tentang pedoaman pelaksanaan program JKN disebutkan bahwa klaim JKN dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang diajukan kepada BPJS kesehatan. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. BPJS akan membayar biaya pelayanan sesuai dengan tarif INA-CBGs yaitu sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh menteri kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut. Proses ini mengacu pada prosedur pengajuan klaim BPJS di RS Ibnu Sina. Berdasarkan Permenkes No.26 tahun 2021 menjadi acuan dalam alur pelaksanaan pengajuan klaim dan administrasi klaim BPJS, yaitu :

1. Peserta datang kerumah sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus emergency, tanpa surat rujukan.
2. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
3. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis
4. Petugas koder RS mengkode diagnosis pasien berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM.
5. Petugas mengentri kode dengan menggunakan software INA CBGs.
6. Petugas melakukan grouping INA CBGs.
7. Berkas administrasi dan hasil grouping dijadikan dalam bentuk pdf file atau text file.
8. Petugas mengajukan klaim ke BPJS.
9. Verifikasi independent akan mengecek kelengkapan berkas dan mengecek kebenaran kode.
10. Selanjutnya verifikator memutuskan apakah layak klaim atau tidak.
11. Jika ya maka akan diajukan pengklaiman pada bagian keuangan, maka pembayaran klaim diberikan kepada rumah sakit. Jika tidak maka akan dikembalikan lagi ke rumah sakit.

Hasil observasi diketahui alur prosedur pengajuan berkas klaim BPJS di RS Ibnu Sina adalah diawali dengan pengecekan berkas klaim oleh tim verifikasi billing, berkas yang belum lengkap di konfirmasi kembali ke perawatan, kemudian dilakukan pemisahan berkas yang akan diajukan ke BPJS. Berkas pasien yang telah dipisahkan diserahkan ke koder untuk diterjemahkan ke kode INA-CBG. Kemudian di verifikasi oleh verifikator mengenai kelengkapan berkas, penunjang, pemberian terapi, dan kesesuaian kode INA-CBG dengan penyakit. Melakukan entri pada aplikasi e-klaim kemudian hasil entrian di aplikasi e-klaim selanjutnya di cetak. Berkas

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

dikumpulkan untuk dilakukan scan meliputi lembar SEP, lembar individual, billing, pengantar rawat inap, resume medis, pemeriksaan penunjang, dan laporan operasi.

Hal tersebut dipertegas dengan hasil wawancara terhadap staff di RS Ibnu Sina sebagai berikut :

> *"….alur berkas pada pasien BPJS di RS Ibnu Sina terdiri dari pasien rawat inap dan pasien rawat jalan, dimana pada pasien rawat jalan pasien datang ke poliklinik sesuai rujukan dari faskes pertama setelah dilakukan pelayanan di masing-masing poliklinik maupun dari perawatan maka berkas pasien akan di serahkan ke bagian penagihan klaim kemudian dilakukan pengolahan data dari berkas klaim dan pembuatan billing kemudian pengkodingan diagnose, pengimputan ke aplikasi INA-CBG dan verifikasi klaim sampai ke finalisasi klaim dan terakhir pengajuan VEDIKA ke BPJS Kesehatan" (Ny.S., 42 Tahun, 29 Januari 2024).*

Rekapitulasi pelayanan semua data harus ditulis secara lengkap untuk mempercepat proses klaim dan sebagai dokumen arsip pada rumah sakit. Ketidaklengkapan dan keterlambatan dalam pengisian status rekam medis berdampak langsung terhadap pengusulan pengajuan klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan.

> *"nah… kalau resume medis yang tidak terisi secara lengkap memang dampaknya bias berpengaruh terhadap klaim dan kesesuaian koding tentunya" (Ny.I, 36 Tahun, 29 Januari 2024).*

Ketidaklengkapan dan keterlambatan pengembalian status rekam medis dan dokumen klaim pada berkas pendukung dan bukti pelayanan lain dari hasil wawancara ditemukan keluhan dan pernyataan dari kepala ruangan dan perawat pelaksana disebabkan DPJP belum mengisi dengan lengkap lembaran resume medis dan pengantar rawat inap pasien, sehingga penyetoran status rekam medis dan dokumen klaim menjadi lama berdasarkan hasil observasi penulis terhadap berkas dokumen klaim pada lembaran pengantar rawat inap pasien tidak dibuat ringkasan dan dokumen klaim resume medis juga tidak dibuat ketika dokumen klaim diserahkan ke ruang casemix. Hal ini berdampak secara langsung pada ketepatan waktu pengajuan klaim menyebabkan pengajuan klaim menjadi lama.

> *"Iya biasanya memang dokter tidak menulis resume secara lengkap, apalagi ini kan RS pendidikan kebanyakan residen yang membuat resume, jadi kadang kami sebagai perawat yang mengingatkan dokter untuk mengisi resume, ini yang biasanya menghambat kami untuk menyetor status pasien" (Ny.N, 42 Tahun, 07 Februari 2024).*

Setelah pasien pulang seorang dokter yang merawat pasien tersebut akan melengkapi data medis dilembar resume medis baik secara komputerisasi atau secara manual, resume medis diisi oleh dokter secara komputerisasi dan data yang ada pada lembaran tersebut digunakan untuk membuat indeks dan koding penyakit yang nantinya diperlukan untuk analisis dan laporan yang diperlukan oleh rumah sakit termasuk juga pada dokumen klaim RS ke BPJS Kesehatan. *"iya...resume medis di isi setelah pasien pulang, makanya kebanyakan dokter lupa mengisi resume medis" (Ny.N, 42 Tahun, 07 Februari 2024)*

Sarana dan prasarana di ruang pengajuan klaim juga telah memadai seperti komputer, printer kertas, laptop, aplikasi *E-Klaim INA-CBG*, aplikasi *virtual klaim* dan jaringan internet. Namun beberapa masalah termasuk aplikasi belum menunjang dalam percepatan penagihan klaim.

> *"Fasilitas sudah lengkap, tapi kegiatan pada bagian coding rawat inap belum terintegrasi dengan SIMRS yang ada di RS Ibnu Sina sehingga seluruh tugas rekapan masih manual" (Ny.M, 32 Tahun, 07 Februari 2024).*

Evaluasi Output

Tabel 1. Rekap Pengiriman Klaim BPJS Kesehatan RS Ibnu Sina Tahun 2021

Periode	Hasil Verifikasi				Total Pengajuan (berkas)	
	Layak (berkas)		Pending (berkas)			
	n	%	n	%	N	%
Januari	1262	89	153	11	1415	100
Februari	1333	90	135	10	1468	100
Maret	1767	88	230	12	1993	100
April	1958	90	177	10	2154	100
Mei	1700	89	200	11	1900	100
Juni	2259	91	214	9	2473	100
Juli	2081	92	176	8	2257	100

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Agustus	1768	92	140	8	1908	100
September	1860	93	131	7	1997	100
Oktober	2157	93	141	12	2298	100
November	2379	94	149	6	2528	100
Desember	2489	92	188	8	2677	100

Sumber : RS Ibnu Sina

Berdasarkan tabel 1 rekap pengiriman klaim BPJS Kesehatan RS Ibnu Sina Tahun 2021 bahwa jumlah klaim pending tertinggi adalah bulan maret yaitu 230 kasus dan jumlah klaim pending terendah adalah bulan september yaitu 131 kasus.

Tabel 2. Rekap Pengiriman Klaim BPJS Kesehatan RS Ibnu Sina Tahun 2022

Periode	Hasil Verifikasi				Total Pengajuan (berkas)	
	Layak (berkas)		Pending (berkas)			
	n	%	n	%	N	%
Januari	2575	93	175	7	2747	100
Februari	2010	88	250	12	2260	100
Maret	2382	91	225	9	2607	100
April	2080	91	198	9	2278	100
Mei	2140	93	137	7	2277	100
Juni	2526	94	144	6	2670	100
Juli	2464	95	120	5	2584	100
Agustus	2941	94	169	6	3110	100
September	2895	93	204	7	3099	100
Oktober	2878	93	216	7	3094	100
November	2894	93	204	7	3098	100
Desember	2895	93	200	7	3095	100

Sumber : RS Ibnu Sina

Berdasarkan tabel 2 rekap pengiriman klaim BPJS Kesehatan RS Ibnu Sina Tahun 2022 bahwa jumlah klaim pending tertinggi adalah bulan Februari yaitu 250 kasus dan jumlah klaim pending terendah adalah bulan Juli yaitu 120 kasus.

Tabel 3. Rekap Pengiriman Klaim BPJS Kesehatan RS Ibnu Sina Tahun 2023

Periode	Hasil Verifikasi				Total Pengajuan (berkas)	
	Layak (berkas)		Pending (berkas)			
	n	%	n	%	N	%
Januari	3545	94	211	6	3756	100
Februari	3317	95	165	5	3482	100
Maret	3861	97	108	3	3969	100
April	2870	97	112	3	2928	100
Mei	3986	97	101	3	4087	100
Juni	3496	97	76	3	3572	100
Juli	4031	97	108	3	4142	100
Agustus	4430	97	136	3	4566	100
September	4330	97	116	3	4447	100
Oktober	4478	97	117	3	4595	100
November	4353	96	154	4	4507	100
Desember	4480	97	100	3	4580	100

Sumber : RS Ibnu Sina

Berdasarkan tabel 3 Rekap pengiriman klaim BPJS Kesehatan RS Ibnu Sina Tahun 2023 bahwa jumlah klaim pending tertinggi adalah bulan Januari yaitu 211 kasus dan jumlah klaim pending terendah adalah bulan Juni yaitu 76 kasus.

Dari hasil wawancara di dapatkan sistem pengajuan klaim di RS Ibnu Sina sudah sesuai terbukti dengan klaim layak tiap bulannya mencapai hingga lebih dari 90 %.

"Proses klaim saat ini di RS Ibnu Sina sudah bagus karena sudah sesuai kaidah koding dan regulasi yang berlaku, pengajuan klaim juga sudah tepat waktu, sekitar 80% berkas klaim sudah sesuai

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

selebihnya biasanya karena pemeriksaan PA yang hasilnya cukup lama keluar" (Ny. S, 48 Tahun, 29 Januari 2024).

"Pending klaim adalah berkas klaim yang dikembalikan dari pihak BPJS kesehatan apabila berkas klaim tidak sesuai dengan persyaratan dan tidak lolos verifikasi, Masih terdapat klaim pending setiap bulannya ini disebabkan ada beberapa berkas klaim yang tidak lengkap dan tidak sesuai dengan regulasi pada PMK 26 tahun 2021 misalnya minimnya pengetahuan koder, penulisan diagnosa yang sulit dipahami/kurang lengkap misalnya diagnose yang disingkat, tidak sesuai diagnose primer dan sekunder serta kurangnya kelengkapan rekapitulasi pelayanan yang diberikan oleh RS karena banyaknya pasien BPJS yang harus ditangani contoh hasil penunjang yang tidak telampir maupun tidak sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan oleh DPJP, tidak terdapat tatalaksana spesifik yang tidak terlampir dilembar billing pasien. Akan tetapi ada beberapa klaim yang dikembalikan sudah sesuai tp tetap saja dipending ini"(Ny. S, 40 Tahun, 29 Januari 2024).

" hmm... memang tiap bulannya klaim BPJS tidak pernah di ACC 100 % pasti selalu ada pending meskipun pengajuan klaim kami sudah sesuai tetap dikembalikan..yaa.. Kami tetap menjawab sesuai dengan ketentuan-ketentuan dari permenkes yang berlaku"(Ny. I, 32 Tahun, 29 Januari 2024).

PEMBAHASAN

Input

Hasil wawancara mendalam mengenai kendala yang juga mempengaruhi pada pending klaim saat rekapitulasi pelayanan oleh sebagian besar informan menyatakan bahwa pengetahuan atau kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) petugas medis yang berhubungan langsung dengan pengusulan pengajuan klaim tidak sesuai dengan kompetensi dan spesifikasi pendidikan. Hasil observasi dengan penelusuran data pada dokumen personil staff pengajuan klaim tingkat pendidikan yang berjumlah 9 orang tidak berijazah perekam medis, rata-rata tingkat Pendidikan S1 dan hanya beberapa yang mengikuti kursus atau pelatihan yang berhubungan dengan kaidah koding dan klaim BPJS sehingga dapat disimpulkan bahwa SDM petugas secara kualitas masih kurang. Menurut Foster,dkk (2013), bahwa menurunnya kinerja karena kurangnya pengetahuan karyawan yang menyebabkan karyawan tidak mengetahui informasi yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan atau tidak tahu cara melaksanakan tanggung jawab, juga disebabkan kurangnya ketrampilan meskipun seseorang secara intelektual memahami cara untuk melakukan pekerjaan, tetapi tidak memiliki ketrampilan untuk melakukan hal ini dapat mempengaruhi kinerja (4).

Kendala yang disampaikan oleh sebagian besar informan adalah kurangnya pengetahuan dan pemahaman dari petugas untuk melengkapi status rekam medis dan penyerahan dokumen klaim yang selalu terlambat. Diketahui jumlah ketersediaan SDM untuk petugas koding rawat inap hanya 1 orang, sehingga tidak sebanding dengan pekerjaan yang harus dilakukan sehingga petugas sering melakukan kerja lembur. Hal ini sejalan dengan penelitian Valentina (2018) salah satu penyebab pending klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan adalah jumlah SDM terkait petugas koder masih kurang. Hasil wawancara mendalam mengenai kendala yang juga mempengaruhi pada rekapitulasi pelayanan oleh sebagian besar informan menyatakan bahwa pengetahuan atau kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) petugas medis yang berhubungan langsung dengan pengusulan pengajuan klaim tidak sesuai dengan kompetensi dan spesifikasi pendidikan (5).

Regulasi terkait koding di BPJS sering kali berubah-ubah, hal tersebut mengharuskan seorang koder untuk selalu mengikuti perubahan yang ada. Namun pembagian informasi tersebut tidak diperoleh secara merata oleh koder sehingga pengetahuan petugas koding kurang merata. Pengetahuan tersebut erat kaitannya dengan persamaan persepsi yang dimiliki oleh seluruh petugas koder dalam mengkoding suatu penyakit maupun tindakan. Namum staff penagihan klaim sudah berpengalaman mengingat masa kerjanya hampir 10 tahun di bagian penagihan klaim. Masa kerja berpengaruh terhadap kualitas kinerja petugas. Kinerja petugas yang belum memiliki masa kerja akan berbeda dengan kinerja petugas yang telah memiliki masa kerja. Masa kerja mencerminkan tingkat penguasaan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki seorang petugas dalam bekerja yang dapat di ukur dari masa kerja dan jenis pekerjaan yang dikerjakan oleh petugas.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu komponen yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan sebuah system. SDM yang handal dibutuhkan didalam mengelola data dan informasi kesehatan, sehingga kwalitas informasi yang didapatkan oleh rumah sakit akan efektif. Untuk pengusulan pengajuan klaim fasilitas kesehatan ke BPJS Kesehatan dibutuhkan SDM yang berkualitas begitu juga dengan ketersediaan jumlah tenaga yang memadai. Kendala yang berhubungan dengan SDM berdasarkan hasil wawancara sebagian besar informan mengungkapkan bahwa Dokter Penanggungjawab dalam membuat resume medis pasien masih banyak yang tidak menuliskan kode diagnose berdasarkan ICD-10 dan tindakan yang tidak sesuai dengan ICD-9 CM. Hasil observasi pada dokumen klaim ditemukan banyak resume medis yang kode diagnosanya tidak sesuai dengan ICD-10 dan tindakannnya juga belum sesuai dengan ICD-9 CM. ini menunjukkan kualitas SDM dalam hal ini DPJP memang kurang dan belum tahu mengenai pengkodean ICD-10 dan ICD-9 CM, oleh karena itu perlu didukung adanya pelatihan khusus yang berhubungan dengan materi coding ICD-10 dan ICD-9 CM didalam meningkatkan kompetensi mereka.

Dalam mengatasi kendala yang ada di RS Ibnu Sina dari hasil wawancara mendalam dengan 2 informan mengatakan untuk mengatasi kendala yang ada dengan mengupayakan meningkatkan kualitas tenaga medis dan non medis dalam hal ini juga termasuk staff penagihan klaim, petugas koder untuk menumbuhkan semangat petugas dan mengupayakan pekerjaan dapat selesai tepat pada waktunya. Upaya yang lain yaitu dengan mengikutsertakan koder, verifikator dan DPJP dalam pelatihan yang berhubungan dengan tupoksi mereka. Reward adalah ganjaran, hadiah, penghargaan atau imbalan yang diberikan kepada kinerjanya sesuai dengan keinginannya. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada seluruh informan mengatakan kendala dalam rekapitulasi pelayanan oleh staff penagihan klaim adalah reward/kompensasi yang dirasakan kurang. Dengan jumlah reward yang sudah dirasakan kurang oleh petugas rekam medis, seharusnya dengan jumlah pasien meningkat dan dokumen klaim semakin banyak otomatis berpengaruh pada pekerjaan yang semakin banyak dan dari segi pendapatan meningkat seharusnya reward yang diterima bertambah.

Proses

Berdasarkan hasil wawancara dibutuhkan suatu perencanaan. Perencanaan adalah sebuah proses yang dimulai dengan merumuskan tujuan, menyusun dan menetapkan rangkaian kegiatan untuk mencapainya (6). Perencanaan pada hakikatnya menyusun konsep dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan salah satunya dengan pembuatan standar operasional prosedur (SOP). SOP berisi langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi. Berdasarkan penelitian Salma (2020) bahwa SOP yang ada di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo telah memiliki SOP yang berkaitan dengan penyelesaian permasalahan pending klaim hal mempengaruhi berjalanannya komunikasi efektif (7). Sedangkan di RS Ibnu Sina belum mengatur tentang pemberian kode diagnosis sesuai dengan system INA-CBGs.

Pelaksanaan suatu program sangat dipengaruhi dengan berjalannya alur sesuai dengan yang telah ditetapkan, begitu juga terkait proses pengajuan klaim. Pelaksanaan pengklaiman dilihat dari alur yang ada telah sesuai dengan Permenkes No 26 Tahun 2021 dimulai dari pasien pulang kemudian dilakukan pengolahan klaim (koding serta cek kelengkapan), lalu di *entry* ke aplikasi INA-CBGs. Evaluasi harus dilakukan secara rutin, bukan hanya pada saat terdapat kendala dalam proses pengajuan klaim. Salah satu evaluasi yang perlu dilaksanakan adalah terkait permasalahan klaim atau yang disebut dispute klaim. Di RS Ibnu Sina belum ada evaluasi terkait hal ini padahal tujuan diadakan evaluasi tersebut sangat penting yaitu untuk menyamakan persepsi antara rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan dalam masalah urusan koding apa saja yang dapat menyebabkan berkas klaim pasien di kembalikan ke rumah sakit.

Output

Berkas persyaratan klaim dan pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan sudah sesuai dengan regulasi atau kebijakan yang berlaku yaitu Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Klaim pasien BPJS Kesehatan sudah diajukan secara kolektif, periodik, dan lengkap. Klaim BPJS Kesehatan diajukan setiap awal bulan maksimal tanggal 10 setiap bulannya, sehingga pencairan dana dapat dilakukan pada bulan yang sama yaitu 15 hari setelah diterbitkannya Berita Acara Kelengkapan Berkas (Berita Acara Serah

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Terima Klaim) (8). Berdasarkan hasil observasi selama pengambilan data, 80% berkas persyaratan klaim yang dipindai oleh staff penagihan klaim sudah lengkap, adapun berdasarkan informasi yang diberikan oleh petugas klaim BPJS Kesehatan 20% berkas yang belum lengkap dikarenakan belum terdapatnya hasil pemeriksaan penunjang pasien

Berdasarkan hasil rekapan klaim BPJS Kesehatan tahun 2021 didapatkan bahwa klaim pending tertinggi terjadi pada bulan maret. Hal ini terjadi karena belum adanya verifikator internal dari rumah sakit sehingga klaim yang di ajukan ke BPJS Kesehatan tiap bulannya meningkat. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa tahun 2021 didapatkan klaim untuk kasus-kasus Covid-19 meningkat. Sedangkan klaim pending terendah terjadi pada bulan september hal ini terjadi karena adanya reward dari rumah sakit khusus untuk bagian pengajuan klaim. Berdasarkan hasil rekapan klaim BPJS Kesehatan tahun 2022 didapatkan bahwa klaim pending tertinggi terjadi pada bulan Februari. Hal ini terjadi karena adanya pergantian verifikator dari pihak BPJS Kesehatan untuk RS Ibnu Sina sehingga mempengaruhi banyaknya pengembalian berkas pending pada bulan tersebut karena perbedaan persepsi antar verifikator BPJS. Sedangkan klaim pending terendah terjadi pada bulan Juli hal ini terjadi karena verifikator internal dari RS Ibnu Sina sudah berjalan, sehingga klaim BPJS Kesehatan setiap bulannya akan di verifikasi terlebih dahulu sebelum di ajukan ke BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil rekapan klaim BPJS Kesehatan tahun 2023 didapatkan bahwa klaim pending tertinggi terjadi pada bulan Januari. Dari hasil wawancara diketahui bahwa jumlah koder rawat inap hanya 1 orang sehingga memungkinkan adanya ketidaktelitian dari koder dalam hal mengkoding tiap penyakit sesuai dengan kaidah koding. Sedangkan klaim pending terendah terjadi pada bulan maret hal ini terjadi karena adanya tambahan verifikator internal rumah sakit sehingga klaim yang diajukan akan diverifikasi kembali. Berdasarkan hasil observasi mengenai klaim-klaim pending di RS Ibnu Sina maka didapatkan kasus klaim pending terbanyak mengenai kaidah koding dan kelengkapan berkas pendukung. Hal ini terjadi karena kode penyakit yang tidak sesuai dengan regulasi karena kurangnya ketelitian dari koder RS dan verifikator internal. Dari hasil wawancara didapatkan adanya kekeliruan kode penyakit dalam hal kode kontrol, kode gabung, dan kesesuaian kode prosedur dan diagnose utama. Hal ini menjadi sangat dilema bagi rumah sakit karena regulasi terkait koding di BPJS sering kali berubah-ubah, hal tersebut mengharuskan seorang koder untuk selalu mengikuti perubahan yang ada. Namun pembagian informasi tersebut tidak diperoleh secara merata oleh coder sehingga pengetahuan petugas koding kurang merata.

Pengetahuan tersebut erat kaitannya dengan persamaan persepsi yang dimiliki oleh seluruh petugas koder dalam mengkoding suatu penyakit maupun tindakan. Penerapan persepsi dalam suatu organisasi membawa banyak konsekuensi diantaranya pengharapan kinerja, evaluasi kinerja serta upaya karyawan (9,10). Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu petugas koding perbedaan persepsi ini dapat terjadi karena tidak adanya pertemuan khusus untuk membahas *update* informasi terbaru yang di hadiri oleh seluruh petugas koding dengan pihak BPJS Kesehatan sehingga sering terjadi perbedaan persepsi antara koder rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan. Apabila terjadi ketidaksepakatan antara BPJS dan rumah sakit maka BPJS akan mengeluarkan berita acara kesepakatan antara BPJS dengan dokter-dokter spesialis mengenai regulasi terkait kaidah koding yang telah disepakati bersama. Berkas klaim yang masih dipending harus menunggu sampai rumah sakit melakukan perbaikan koding diagnosa dan prosedur sampai dengan diajukan kembali sebagai klaim susulan

Dari hasil wawancara penyebab klaim pending karena berkas penunjang yang tidak lengkap. Faktor penyebab berkas tidak lengkap yaitu, kelengkapan berkas sesuai dengan diagnosis dan prosedur yang tidak dilampirkan pada saat klaim. Berkas yang tidak dilengkapi dan tidak dilampirkan pada hasil akhir dalam penenuhan syarat pengajuan klaim BPJS kesehatan. Hal ini terjadi karena beberapa hasil penunjang membutuhkan waktu yang lama untuk pemeriksaan yang melebihi batas pengiriman klaim setiap bulannya. Kelengkapan berkas medis pasien rawat inap ini menunjukkan kepada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu penting bagi petugas untuk melakukan pemeriksaan kelengkapan rekam medis dan memastikan sudah terpenuhinya persyaratan klaim BPJS Kesehatan yang nantinya dapat memberikan pembiayaan dengan tepat dan sesuai dengan spesifikasi jenis-jenis perawatan.

Dari hasil wawancara didapatkan bahwa seluruh staff penagihan klaim sudah menguasai isi dari Permenkes N0 26 Tahun 2021 mengenai kaidah koding dan aturan dalam pelaksanaan pelayanan pasien BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim pada rekapitulasi pelayanan melalui hasil wawancara mendalam menggambarkan bahwa sebagian besar status rekam medis yang berhubungan dengan dokumen klaim tidak diisi dengan lengkap yaitu resume medis, pengantar rawat inap dan perincian tagihan manual rumah sakit serta penyerahan dokumen

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

klaim juga tidak tepat waktu, rata-rata penyerahan dokumen klaim ialah lebih dari 3 hari. Hasil observasi melalui penelusuran langsung pada buku penyerahan status pada staff penagihan klaim bahkan berkas pendukung dan bukti pelayanan lain tidak lengkap, dimana banyak dokumen klaim yang tidak lengkap ketika diserahkan ke bagian penagihan klaim. Hal ini berdampak secara langsung pada ketepatan waktu pengajuan klaim menyebabkan pengajuan klaim menjadi lama.

Setelah pasien pulang seorang dokter yang merawat pasien tersebut akan melengkapi data medis dilembar resume medis baik secara komputerisasi atau secara manual, resume medis diisi oleh dokter secara komputerisasi dan data yang ada pada lembaran tersebut digunakan untuk membuat indeks dan coding penyakit yang nantinya diperlukan untuk analisis dan laporan yang diperlukan oleh rumah sakit termasuk juga pada dokumen klaim RS ke BPJS Kesehatan. Hasil observasi langsung dengan penelusuran terhadap berkas pending ditemukan beberapa status rekam medis yang berisikan tentang rekapitulasi pelayanan tidak lengkap ditemukan selama tahun 2023, sehingga dikembalikan untuk dilengkapi. Koordinator dan kepala ruangan telah melaksanakan monitoring dan evaluasi secara rutin, sehingga pengawasan terhadap jalannya proses pencatatan rekam medis dan kelengkapan dokumen klaim pada setiap ruang perawatan sudah cukup baik.

Berdasarkan hasil penelitian dalam hal pengajuan klaim yang diterapkan pada bagian casemix RS Ibnu Sina, pihak rumah sakit kurang melaksanakan sosialisasi tentang pelaksanaan PKS tersebut sehingga DPJP, kepala-kepala ruangan dan perawat pelaksana kurang bahkan beberapa tidak mengetahui dampak yang akan terjadi bila tidak melaksanakan kelengkapan dokumen klaim di samping juga RS Ibnu Sina belum mempunyai SOP tentang pelaksanaan prosedur klaim. Dokumen klaim berkas pendukung dan bukti pelayanan lainnya merupakan bagian yang harus dikerjakan oleh DPJP, kepala-kepala ruangan dan perawat pelaksana selain sebagai salah satu syarat pada pelaksanaan prosedur klaim fasilitas kesehatan tetapi juga sebagai perlindungan hukum bagi DPJP, bidan pelaksana dan perawat pelaksana. Pendapat ini didukung oleh Nursalam (2011), semua catatan informasi tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum (11).

Verifikasi pada dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program JKN oleh BPJS Kesehatan di manfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Selain itu verifikasi data bertujuan untuk membantu fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dengan mengacu kepada standard penilaian klaim berdasarkan PKS antara *provider* dan BPJS Kesehatan. Dokumen klaim yang dibutuhkan di verifikasi data meliputi SEP, lembar individual, billing atau rincian manual tagihan RS, resume medis, pengantar rawat inap pasien, laporan operasi dan penunjang hasil pemeriksaan berdasarkan pedoman pada PKS RS Ibnu Sina dengan BPJS Kesehatan. Kendala pada verifikasi data adalah ketidak lengkapan meliputi rekapitulasi pelayanan, berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya serta proses koding yang lama, dimana sering terjadi ketidaksesuaian dan ketidak lengkapan kode diagnosis yang menyulitkan proses verifikasi, sehingga banyak dokumen klaim tertumpuk.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan, maka disimpulkan bahwa:

1. Berdasarkan analisis input terkait sumber daya manusia pada petugas koding di RS Ibnu Sina belum sesuai. Hal ini karena beban kerja petugas koding yang cukup tinggi diperlukan penambahan jumlah sumber daya manusia serta sosialisasi mengenai pembaharuan dari aturan koding.
2. Berdasarkan analisis proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RS Ibnu Sina sebagian besar sudah sesuai dengan regulasi yang terlampir pada Permenkes No 26 Tahun 2021.
3. Berdasarkan analisis output berkas persyaratan klaim dan pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS RS Ibnu Sina sudah sesuai dengan regulasi dan kaidah koding pada Permenkes No 26 Tahun 2021. Klaim pasien BPJS Kesehatan sudah diajukan secara kolektif, periodik, dan lengkap sebelum klaim tersebut berusia 6 bulan. Pengiriman klaim BPJS Kesehatan mayoritas rata-rata lebih dari 90% klaim layak. Klaim pending terjadi karena adanya perbedaan persepsi antar verifikator BPJS Kesehatan dengan RS

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

DAFTAR PUSTAKA

1. Permenkes RI. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 26 tahun 2021 tentang pedoman. 2021.
2. Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim. Teknis Verifikasi Klaim. Menteri Kesehatan RI. 2014.
3. Supriadi SR. Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien Jkn. J Vokasi Indones. 2019;7(2):19–26.
4. Foster, Bill, Seeker, R K. Pembinaan Untuk Meningkatkan Kinerja Karyawan. PPM Jakarta; 2013.
5. Valentina. Tinjauan Lama Waktu Pendistribusian Rekam Medis pada Pasien Rawat Jalan di RSU Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2016. J Ilm Perekam Dan Inf Kesehat Imelda. 2017;2(1):251–7.
6. Syafrudin. Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Trans Info Media; 2009.
7. Nabila SF, Santi MW, Tabrani Y, Deharja A. 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. 2020;1(4):519–28.
8. Perpres. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan [Internet]. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018. 2018. p. 1–5. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjWxrKeif7eAhVYfysKHcHWAOwQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ojk.go.id%2Fid%2Fkanal%2Fpasar-modal%2Fregulasi%2Fundang-undang%2FDocuments%2FPages%2Fundang-undang-nomo
9. S.P M. Persepsi, Nilai, dan Sikap. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2018.
10. Andi Rizki Amalia, Resty Amalia Putri, Rezky Aulia Yusuf HH. Konsistensi Komunikasi Terhadap Pelaksanaan Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi (Sisrute) Untuk Meningkatkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit. J Ekon [Internet]. 2022;6(1):40–7. Available from: http://journal.lldikti9.id/Ekonomika
11. Nursalam. Proses Dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep Dan Praktik. Salemba Medika. Jakarta; 2011.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license