

ANALISIS DATA DAN FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA *PENDING CLAIM* PASIEN BPJS DI RUMAH SAKIT CONDONG CATUR TAHUN 2019

Ibnu Mardiyoko¹, Hendra Rohman², Regina Augustina Mandaeng³

^{1,2,3}Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia

Email: hendrarohman@mail.ugm.ac.id

ABSTRAK

Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis data dan mengetahui faktor terjadinya *pending claim* berkas pasien BPJS di Rumah Sakit Condong Catur. Penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif, rancangan studi kasus. Data diperoleh dari kepala bagian rekam medis dan literature review. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sudah terdapat alur administrasi *claim* yang melibatkan unit pendaftaran, kasir, unit keuangan dan unit rekam medis. Jumlah berkas pasien yang mengalami *pending* terjadi penurunan dari bulan ke bulan, formulir yang tidak lengkap atau diisi menjadi faktor utama terjadinya *pending claim*, upaya dalam menangani *pending claim* masih kurang sehingga masih sering terjadi *pending claim*.

Kata kunci: Analisis data, BPJS, penyebab *pending claim*

ABSTRACT

The claim of Social Security and Healthcare (BPJS) is the submission of the cost of treating BPJS participants by the hospital to the BPJS Health which is carried out collectively and billed to the BPJS Health every month. This study aims to analyze the data and determine the factors for the occurrence of pending claims for BPJS patient files at Condong Catur Hospital. Descriptive research with a qualitative approach. Descriptive research, case study design. Data were obtained from the head of the medical record and literature review section. The results showed that there was already a claim administration flow involving the registration unit, cashier, financial unit and medical record unit. The number of patient files that are pending is decreasing from month to month, incomplete or filled forms are the main factor in the occurrence of pending claims, efforts to handle pending claims are still lacking so that pending claims often occur.

Keywords: Data analysis, BPJS, causes of pending claims

PENDAHULUAN

Undang-Undang No.40 tahun 2004 menetapkan program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai salah satu program jaminan sosial dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Tujuan diberlakukan program JKN ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak dan diberikan kepada setiap orang yang terdaftar dan telah membayar premi atau preminya dibayarkan oleh pemerintah.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial, merupakan program negara yang bertujuan

memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan.

Tujuan dibentuknya BPJS adalah mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi peserta dan atau anggota keluarganya. Kebutuhan dasar hidup yang dimaksud adalah kebutuhan esensial setiap orang agar dapat hidup layak demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. BPJS dibuat untuk menciptakan untuk mengurangi rasa kuatir peserta atas resiko kerugian yang ditimbulkan oleh penyakit yang dideritanya sehingga aset yang dimiliki peserta dapat dipakai hal lain yang lebih produktif.

Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). 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-berkas persyaratan yang harus dilengkapi sesuai prosedur verifikasi BPJS kesehatan.

Undang-undang nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit adalah landasan hukum bagi penyelenggaraan rumah sakit. Kontrak antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan mengacu pada norma, standar dan kriteria yang ditetapkan dalam undang-undang rumah sakit. Peran utama keuangan dalam organisasi jasa rumah sakit seperti dalam keseluruhan bisnis adalah untuk perencanaan yang mengharuskan dan menggunakan sumber daya untuk memaksimalkan efisiensi dan nilai perusahaan (Lubis A.I 2010).

Di Rumah Sakit Condong Catur Yogyakarta sudah menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) sejak tahun 2010 dan telah bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sejak tanggal 1 Januari tahun 2014. Berkas *claim* pasien BPJS diberikan kepada verifikator maksimal tanggal 10 bulan berjalan. Setiap unit terkait sudah diberikan target dalam pengumpulan klaim berkas pasien BPJS. Di Rumah Sakit Condong Catur sering mengalami pending *claim* BPJS. Terjadinya pending *claim* berkas BPJS dikarenakan masih ada berkas yang tidak sesuai kriteria dan saat pengklaiman ada beberapa berkas yang harus dikonfirmasi dulu jika pasien mendapat pelayanan khusus yang sudah ditentukan oleh rumah sakit. Pada tahun 2019 klaim berkas pasien BPJS rawat jalan yang *pending* 3,08% dari 70.689 berkas dan rawat inap 24,3% dari 1164 berkas yang *pending*. *Pending claim* BPJS juga berpengaruh pada penghasilan karyawan, ketika banyak berkas rekam medis bpjs yang pending maka karyawan tidak akan mendapatkan bonus atau penghasilan tambahan.

METODE

Jenis penelitian deskriptif, rancangan studi kasus (*case study*). Subjek adalah petugas yang terlibat dalam proses klaim berkas pasien BPJS. Objek adalah berkas klaim pasien rawat inap dan rawat jalan dengan BPJS yang mengalami *pending claim*. Pengumpulan data dengan observasi, wawancara, studi dokumentasi, dan *literatur review*. Keterbatasan akses pengambilan data pada masa pandemi covid 19, memerlukan data tambahan dengan melakukan pencarian artikel menggunakan kata kunci terkait melalui google cendikia (*google scholar*).

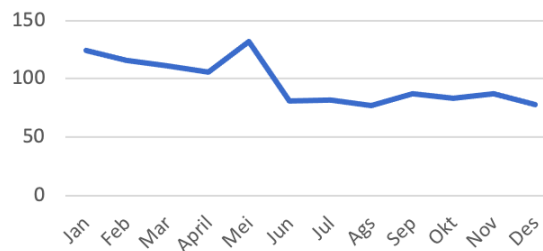
HASIL DAN PEMBAHASAN

Unit pendaftaran merupakan unit pelayanan yang pertama kali mengumpulkan dokumen pasien di bagian pendaftaran. Bagian pendaftaran menerbitkan surat eligibilitas peserta melalui aplikasi *virtual claim* (*v-claim*). Dokumen yang ada di pendaftaran diberikan pada kasir setelah pasien mendapat pelayanan klinik dan farmasi. Unit keuangan bertugas melakukan cek jumlah dokumen pasien dari sistem dengan jumlah yang diserahkan dikasir yang dikumpulkan pertama kali di pendaftaran, lalu dirapikan atau dibandel menjadi satu. Unit rekam medis akan memberi kode ICD-10 dan ICD-9 CM sesuai diagnosis dan tindakan

yang ada dalam formulir khusus BPJS yang berwarna merah muda dan unit pendaftaran melakukan *scan* formulir BPJS yang sudah dikode oleh unit rekam medis dan *scan* persyaratan rawat jalan yang dikumpulkan di awal pendaftaran tadi. Unit pendaftaran mengumpulkan *hard copy* dan dilakukan *scan* untuk bentuk *softfile*. Selesai discan dokumen diantar ke unit keuangan untuk QC (*Quality Control*).

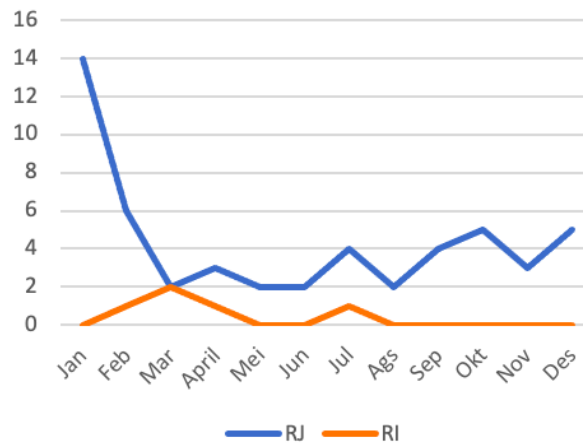


Gambar 1. Jumlah berkas pasien BPJS rawat jalan yang mengalami *pending*

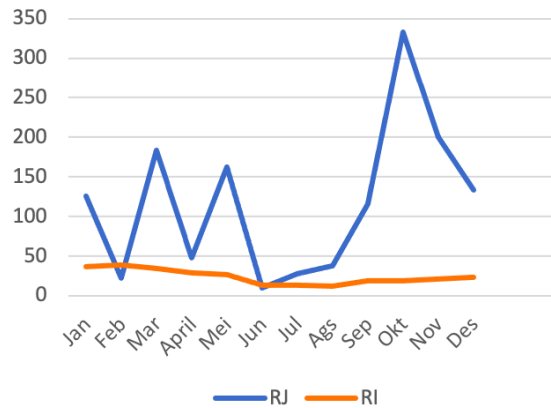


Gambar 2. Jumlah berkas pasien BPJS rawat inap yang mengalami *pending*

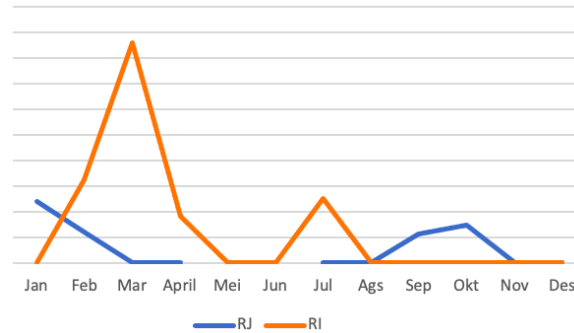
Berdasarkan pencarian artikel dari google cendekia (*google scholar*) klaim BPJS rawat inap sebagian besar disetujui dengan klaim disetujui yaitu 790 (85,7%) dan klaim ditolak yaitu 132 (14,3%). Setiap bulan, rata-rata terdapat 217 berkas tidak lengkap atau tidak sesuai dari 800 berkas yang diajukan.



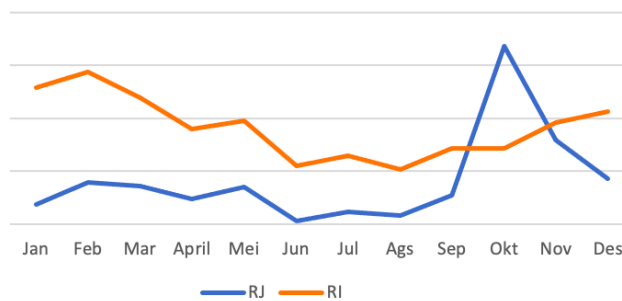
Gambar 3. Jumlah tidak purif di rumah sakit



Gambar 4. Jumlah *pending* di rumah sakit



Gambar 5. Grafik nominal tidak purif di rumah sakit



Gambar 6. Grafik nominal *pending* di rumah sakit

Biaya *claim* tidak purif tertinggi terdapat pada bulan Januari yaitu Rp.2.382.300 (Dua Juta Tiga Ratus Delapan Puluh Dua Ribu Tiga Ratus Rupiah) untuk kasus rawat jalan dan bulan Maret yaitu Rp.8.586.700 (Delapan Juta Lima Ratus Delapan Puluh Enam Ribu Tujuh Ratus Rupiah) untuk kasus rawat inap. Biaya *claim* pending tertinggi terdapat pada bulan Oktober yaitu Rp.167.727.800 (Seratus Enam Puluh Tujuh Juta Tujuh Ratus Dua Puluh Tujuh Delapan Ratus Rupiah) untuk kasus rawat jalan dan bulan Februari yaitu Rp.143.895.000 (Seratus Empat Puluh Tiga Juta Delapan Ratus Sembilan Puluh Lima Ribu Rupiah) untuk kasus rawat inap.

Pencarian *database* menggunakan google cendekia (*google scholar*), dengan kata kunci pencarian *pending claim* ditemukan 30 artikel periode 2014-2019 terkait faktor penyebab *pending claim*.

Tabel 1. *Database* terkait faktor penyebab *pending claim*

Tahun	Permasalahan
2014	Kepuasan pasien BPJS
2015	Belum mampu memberikan sesuatu hal yang diharapkan, Pasien masih bingung mengenai sistem rujukan
2015	Peserta BPJS golongan PBI yang memanfaatkan pelayanan kesehatan masih rendah jika dibandingkan dengan jumlah peserta BPJS kesehatan golongan PBI.
2015	Kedisiplinan, kepemimpinan dan motivasi petugas.
2015	Banyaknya masyarakat yang belum paham terhadap progam BPJS Kesehatan, Kurangnya sosialisasi program pada masyarakat berdampak pada pelaksanaan program dimana terdapat peserta yang menggunakan layanan kesehatan lintas faskes yang seharusnya tidak diperbolehkan
2015	Berkas yang tidak diklaim, persyaratan yang tidak lengkap
2015	Ketidakterlengkapan dokumen klaim terutama pada rekapitulasi pelayanan dalam rekam medis dan berkas pendukung pasien yang merupakan sebagian dan kelengkapan dokumen dan prosedur klaim.
2015	Ketidaktepatan <i>coding</i>
2016	Berkas BPJS yang <i>unclaimed</i> (tidak diklaim)
2016	Resume medis yang tidak lengkap salah satu penyebab terbanyak adalah ketidakadaan tanda tangan dokter penanggung jawab pasien
2016	Keterlambatan penyerahan klaim BPJS
2016	Pengembalian berkas klaim oleh pihak verifikator BPJS
2016	Banyak dokumen klaim yang tidak lolos proses verifikasi
2016	Klaim bpjs yang tidak layak
2016	Ketidaktepatan kode diagnosis <i>obstetric</i>
2016	Permasalahan tertinggi pada aspek DPJP tidak lengkap mengisi rekam medis. Verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu di tempat. kurangnya persamaan persepsi antara verifikator BPJS dengan rumah sakit, tarif yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan tarif klaim yang diajukan. <i>Coding</i> atau <i>Grouping</i> diagnosis Ina-CBG's yang tidak sesuai.
2016	Keterlambatan dalam pembayaran klaim sehingga pihak rumah sakit tidak dapat melaksanakan kewajibannya untuk memberikan pelayanan serta fasilitas kesehatan maksimal
2017	Penolakan berkas oleh verifikator
2017	Keterlambatan dalam pengajuan klaim karena banyaknya kasus
2017	Ketidaktepatan waktu klaim BPJS kesehatan
2017	Keterlambatan pengumpulan berkas verifikasi klaim BPJS
2018	Isi file klaim tidak lengkap
2018	Ketersediaan obat terganggu, penurunan kinerja dokter, pemeliharaan peralatan medis yang buruk
2018	Efektivitas dalam pelaksanaan prosedur klaim
2018	Mengetahui pengaturan klaim rumah sakit kepada badan penyelenggaraan jaminan sosial (BPJS) kesehatan berkaitan dengan rawat inap dengan sistem INA-GBGs
2018	Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi
2018	Mengetahui peran koder untuk klaim BPJS
2019	Jumlah klaim yang lebih kecil ke rumah sakit, berdampak pada gaji karyawan, pembayaran layanan medis, ketersediaan obat dan pemeliharaan fasilitas rumah sakit dan peralatan medis
2019	Beban kerja petugas yang besar untuk dikerjakan setiap harinya. Beban kerja yang dirasakan petugas klaim rawat jalan diantaranya berupa kejenuhan, kelelahan, dan tingkat stres yang cukup tinggi

- 2019 Di dalam proses verifikasi klaim BPJS ternyata terdapat banyak kendala yang terjadi salah satunya adalah penolakan berkas oleh verifikator yang dapat berdampak pada potensi adanya gangguan operasional rumah sakit

Faktor yang menyebabkan *pending claim* yaitu keterlambatan penyerahan, ketidaklengkapan dokumen klaim terutama pada rekapitulasi pelayanan dalam rekam medis dan berkas pendukung pasien, belum adanya *billing system* menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS. Faktor yang menyebabkan *pending claim* yaitu permasalahan tertinggi pada aspek dokter penanggung jawab pasien (DPJP) tidak lengkap mengisi rekam medis, verifikator BPJS rumah sakit tidak selalu di tempat, kurangnya persamaan persepsi antara verifikator BPJS dengan rumah sakit, tarif yang didapatkan rumah sakit lebih kecil dibandingkan tarif klaim yang diajukan. *Coding* atau *grouping* diagnosis Ina-CBG's yang tidak sesuai.

Pencarian *database* menggunakan google cendekia (*google scholar*), dengan kata kunci pencarian *pending claim* ditemukan 30 artikel periode 2014-2019 terkait upaya untuk menangani terjadinya *pending claim*.

Tabel 2. *Database* terkait upaya untuk menangani terjadinya *pending claim*

Tahun	Solusi
2014	Perlu dilakukan evaluasi mutu pelayanan secara periodik setiap 6 bulan sekali melalui pembagian kusioner kepada pasien atau keluarga pasien, peningkatan keterampilan pelayanan prima kepada tenaga medis dan non medis.
2015	Pendaftaran lancar, waktu tunggu, pelayanan cepat, ramah, sopan, keterampilan dan perawatan medis bagus, profesional, ruangan bersih dan fasilitas lengkap
2015	Membuat SOP pengajuan klaim, mengikut sertakan petugas rekam medis pada pelatihan khusus, meningkatkan kualitas SDM dengan memberikan bantuan pendidikan formal di bidang rekam medis kepada petugas rekam medis, membuat <i>billing system</i> komputerisasi untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan, menambah kuantitas SDM, membuat komputerisasi sistem informasi rumah sakit
2015	Diperlukan peningkatan kegiatan promosi kesehatan terkait pelayanan jaminan kesehatan nasional, meningkatkan kesadaran dan disiplin petugas, diperlukan peran dan tanggung jawab Dinas Kesehatan dalam memberikan pelatihan bagi petugas puskesmas, diperlukannya sosialisasi dan promosi kesehatan terkait layanan program JKN-BPJS pada masyarakat, melengkapi obat-obatan dan fasilitas penunjang medik, bagi masyarakat dapat mencari informasi langsung ke puskesmas terkait program layanan JKN-BPJS.
2015	Disiplin, gaya kepemimpinan dan motivasi secara simultan berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan, disiplin dan kepemimpinan secara parsial berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan, sementara motivasi secara parsial tidak berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan. Perusahaan sebaiknya lebih memperhatikan apa yang menjadi kebutuhan dan keinginan para karyawan dalam hal menunjang hasil kinerja yang baik.
2015	Dalam visite pasien DPJP harus memerintahkan <i>case manager</i> untuk membuat pengisian awal <i>resume</i> medis bagi pasien yang akan dipulangkan, DPJP harus sanggup bila diminta tanda tangan ditempat lain bila berhalangan hadir atau ada kesibukan guna penyelesaian resume medis, Penilaian kinerja dalam penyelesaian resume medis elektronik bagi DPJP bisa menjadi indikator bagi penambahan remunerasi.
2015	Efektivitas mekanisme dan manfaat BPJS Kesehatan dalam kategori efektif hal tersebut dapat dilihat dari persentasi yang didapat dari kepesertaan, manfaat, fasilitas kesehatan dan mutu. Terdapat juga persentase yang rendah antara lain pada kepesertaan masyarakat menyatakan mereka masih kesulitan dalam proses menjadi peserta BPJS Kesehatan, masyarakat masih terdapat kesulitan pada fasilitas kesehatan terdapat puskesmas yang tidak memiliki apotek

- siaga 24 jam, sedangkan pada variabel mutu menyatakan hanya ada dokter persalinan yang beroperasi 24 jam.
- 2016 Memperkuat kerjasama dengan perawat dan dokter yang ada di rumah sakit dalam hal kelengkapan berkas klaim BPJS kesehatan, memperbanyak melakukan pelatihan mengenai pengajuan klaim BPJS kesehatan, Bagi perawat dan dokter di rumah sakit agar lebih teliti dalam penulisan data pasien di dalam berkas
- 2016 Diadakannya bimbingan kepada petugas secara intensif, pemanfaatan ruangan secara maksimal, penyusunan SOP, pembuatan expedisi berkas klaim dan pelaksanaan rapat rutin.
- 2016 Rumah sakit perlu memiliki skema alur yang menjelaskan secara urut proses administrasi, menyediakan informasi dalam bentuk *leaflet holder*, menyediakan lembar *check list* yang dapat digunakan untuk membantu petugas yang terlibat dalam administrasi klaim.
- 2016 Ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS
- 2016 Membentuk tim verifikator internal agar dalam pelaksanaan verifikasi dapat terkontrol dengan baik, menambah sumber daya yang berkualitas dan mengerti cara mengoperasikan software INA-CBG's, memberikan fasilitas kesehatan secara optimal bagi peserta jaminan kesehatan, pihak bpjs kesehatan memperhatikan jangka waktu dalam pembayaran klaim dan menambah tim verifikator yang kompeten
- 2016 Perlu melakukan komunikasi secara cepat, tepat, dan efisien terhadap bagian BPJS Kesehatan, pihak manajemen perlu mendukung klinisi khususnya DPJP dalam memacu mengisi rekam medisi secara lengkap, menetapkan satu verifikator BPJS tetap di rumah sakit untuk memudahkan dalam hal verifikasi, perlu dilakukan penelitian serupa pada rumah sakit lain guna mencari permasalahan dan menemukan titik solusi dari permasalahan tersebut
- 2016 Mengadakan evaluasi kinerja petugas klaim asuransi BPJS secara berkala
- 2016 Sebaiknya petugas verifikator kelengkapan awal lebih teliti dalam melakukan pengecekan terhadap persyaratan klaim, Sebaiknya Kepala Sub Seksi Rekam Medis melakukan perhitungan ulang mengenai kebutuhan tenaga kerja
- 2017 Rumah sakit membuat umpan balik tertulis secara berkesinambungan, dilakukan penelitian selanjutnya pada RS swasta peserta BPJS untuk membandingkan penyebab dan solusi keterlambatan terkumpulnya berkas verifikasi klaim BPJS
- 2017 Membuat tim penjamin berdiri sendiri dengan jumlah SDM yang proposional, petugas tim penjamin dapat membuat target sesuai dengan kesepakatan, memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana, dalam pembuatan SPO dilengkapi dengan target waktu kerja, pimpinan bersama staff membuat perencanaan strategis, pimpinan seharusnya tidak selalu sering mrlimpahkan wewenang kepada sekretaris, berita acara dari BPJS kesehatan diolah menjadi data
- 2017 Perlu dilakukan analisis beban kerja sebagai dasar penambahan SDM, mengadakan pelatihan bagi semua petugas klaim guna meningkatkan kompetensi petugas, Menambahkan waktu pengerjaan setiap petugas di SOP klaim rawat jalan, mengatasi server down, perlu pembuatan SOP pengisian resume medis kelengkapan berkas klaim,
- 2018 Perlu adanya pembaharuan perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan cabang dan RSUD untuk lebih menegaskan prosedur pelaksanaan klaim, mensosialisasikan SOP prosedur pelaksanaan prosedur klaim, penambahan pegawai sebagai kurir berkas klaim, pegawai rumah sakit yang bertugas mengumpulkan berkas klaim, Diberlakukannya sistem reward and punishment bagi pegawai klaim, Perlu adanya alternatif untuk masalah fasilitas RSUD, Perlu adanya alternatif untuk masalah fasilitas RSUD, perlunya sosialisasi rutin
- 2018 Menyusun strategi perencanaan manajemen, merumuskan strategi manajemen organisasi untuk menyusun rincian semua pekerjaan, deskripsi pekerjaan, membentuk kombinasi dari semua pekerjaan efektif di organisasi mengisi persyaratan klaim BPJS untuk pasien rawat inap, membentuk cara untuk memberikan panduan yang baik, dan bagaimana memberikan

- motivasi yang baik untuk mengisi file klaim BPJS, menetapkan jadwal dan manfaat pengawasan langsung, membentuk laporan lisan yang lebih baik, membentuk laporan tertulis dan apa yang harus dilaporkan dalam pengawasan pengisian persyaratan klaim BPJS
- 2018 Pemasangan informasi tentang syarat-syarat pendaftaran pasien BPJS di pasang ditempat yang strategis, Menyiapkan *check list* kecil untuk pasien yang berisi tentang persyaratan BPJS
- 2018 Segera menerapkan penggunaan SIMRS, membuat SPO tentang pengkodean sampai dengan proses *entry data* dan *coding* atau *grouping* INA-CBG's, meningkatkan peran aktif dan kerjasama dalam mewujudkan kelengkapan data pada rekam medis, Sebaiknya koder mengikuti kegiatan pelatihan tentang pengkodean untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam mengkode
- 2018 Tersediannya instrumen teknis petunjuk pelaksanaan pembayaran klaim rumah sakit kepada BPJS
- 2019 pemasangan informasi tentang syarat-syarat pendaftaran pasien BPJS di pasang ditempat yang strategis, menyiapkan *check list* kecil untuk pasien yang berisi tentang persyaratan BPJS
- 2019 Penggunaan waktu tidak produktif terutama pada saat menganggur sebaiknya digunakan dalam membantu proses pengerjaan klaim, petugas harus memahami kode diagnosa dan tindakan pasien, teliti dalam proses pengkodean, mengatur ulang uraian tugas, melakukan penambahan anggota dalam proses *monitoring*, mengevaluasi perbaikan untuk setiap bagian, memperhatikan penggunaan waktu kerja produktif, optimalisasi kinerja petugas
- 2019 Melakukan pelatihan dalam penulisan diagnosis yang tepat dan sesuai standar bagi dokter, melakukan pelatihan secara berkala mengenai kode diagnosis yang benar menurut ICD 10 dan ICD-9 CM

Upaya untuk menangani terjadinya *pending claim* yaitu membuat SOP pengajuan klaim, mengikut sertakan petugas rekam medis pada pelatihan khusus, meningkatkan kualitas SDM dengan memberikan bantuan pendidikan formal di bidang rekam medis kepada petugas rekam medis, membuat *billing system* komputerisasi untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan, menambah kuantitas SDM, membuat komputerisasi sistem informasi rumah sakit. Upaya yang dilakukan untuk menangani terjadinya *pending claim* adalah segera menerapkan penggunaan SIMRS, membuat standar prosedur operasional tentang pengkodean sampai dengan proses entri data dan *coding* atau *grouping* INA-CBG's, meningkatkan peran aktif dan kerjasama dalam mewujudkan kelengkapan data pada rekam medis, sebaiknya koder mengikuti kegiatan pelatihan tentang pengkodean untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam mengkode.

Pengelolaan rekam medis membutuhkan kualifikasi petugas dengan latar belakang D3 rekam medis, pembuatan prosedur dari pendaftaran hingga pelaporan (Meianti *et al.*, 2018). Adanya kebijakan pengelolaan rekam medis yang mendukung ketepatan pengisian kode diagnosis sangat mempengaruhi jalannya pengisian diagnosis dan ketepatan kode diagnosis yaitu antara kepala rekam medis, dokter dan petugas koding (Rohman, 2011). Kendala yang dihadapi pihak puskesmas dalam proses pengelolaan dan pelaporan data untuk BPJS adalah gangguan saat *entry data* pasien, terjadinya *server down* yang mengakibatkan terganggunya proses pelayanan pasien (Marataka *et al.*, 2020). Persentase jumlah *pending claim* pada sistem vedika BPJS Kesehatan di rumah sakit mencapai 7% berkas yang dikembalikan. Faktor penyebabnya yaitu persentase ketidaktepatan pemberian koding 43%, ketidaklengkapan berkas 23% dan diagnosa tidak sesuai kriteria 34%. Upaya yang dilakukan adalah dengan memberikan surat tugas pelatihan koding, melakukan pendekatan kepada DPJP dan melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang terlibat langsung dalam menangani pasien (Rohman *et al.*, 2021). Penggunaan sistem infomrasi menjadikan kelengkapan pengisian pelaporan lebih lengkap, hak akses dapat diatur, dan penghitungan umur sudah otomatis (Rohman dan Aminaa, 2018).

KESIMPULAN

Alur administrasi *claim* di Rumah Sakit Condong Catur Yogyakarta sudah ada yang melibatkan unit pendaftaran, kasir, unit keuangan dan unit rekam medis. Namun, belum terdapat SOP. Jumlah berkas pasien BPJS yang mengalami *pending* yaitu 70.588 (tujuh puluh lima ratus delapan puluh delapan) berkas untuk rawat jalan dan 1164 (seribu seratus enam puluh empat) berkas untuk rawat inap. Namun jumlah berkas pasien yang *pending* terjadi penurunan dari bulan ke bulan. Biaya *claim* tidak purif tertinggi terdapat pada bulan Januari dan bulan Maret. Biaya *pending claim* tertinggi terdapat pada bulan Oktober dan bulan Februari. Formulir yang tidak lengkap atau diisi menjadi faktor utama terjadinya *pending claim*. *Database* terkait faktor penyebab *pending* yaitu keterlambatan penyerahan berkas, ketidaklengkapan dokumen klaim, berkas rekam medis tidak lengkap dan *coding* dan *grouping* tidak sesuai. Upaya dalam menangani *pending claim* hanya dengan mengadakan evaluasi *pending* dan *quality control*, diperlukan upaya yang lebih maksimal sehingga dapat mengurangi terjadinya *pending claim*. *Database* terkait upaya-upaya yang dilakukan yaitu dengan membuat SOP pengajuan klaim, mengikut sertakan petugas rekam medis dalam pelatihan khusus, meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM).

DAFTAR PUSTAKA

- Alik, A. T. (2016). Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa Obstetric Terhadap Kelancaran Klaim BPJS Di Rsud Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan. *Inohim*, 1-10.
- Asmoko, H: *Teknik Ilustrasi Masalah-Fishbone Diagrams*. Magelang: Bppk, Indonesia 2013
- Bayu Cakra Adhy Nugraha, B. E. (2016). Klaim Antara RSUD Dr.Loekmono Hadi Kudus Dengan Bpjs Kesehatan Cabang Utama Kudus Bagi Pasien Rawat Inap Dengan Sistem Ina-Cbs's Tahun 2016. *Diponegoro Law Journal*, 1-20.
- Citra Yuliyanti, H. T. (2018). *Delayed Claim Payment And The Threat To Hospital Cash Flow Under The National Health Insurance Scheme In Indonesia*. *Icash*, 122-128.
- Debra S. S. Rumengan, J. M. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan Di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado *Jikmu, Suplemen Vol, 5.*, 88-100.
- Dino Avinsa Anggara Putra, M. P. (2016). Model Verifikasi Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RS RKU Muhammadiyah Gamping. *Postgraduate Student Conference*, 27-29.
- Ep, A. A. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016. *Jurnal Arsi*, 122-134.
- Estri Aditya Pradani, D. L. (2017). Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim Bpjs Di Rs X: Apa Akar Masalah Dan Solusinya? *Jmmr (Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit)*, 112-121.
- Fidela Firwan Firdaus, A. D. (2015). Evaluasi Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan Peserta Bpjs Di RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 1-19.
- Firsa Olivia Susan, S. P. (2016). Analisis Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan RSUD Kota Semarang Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal)*, 32-43.
- I Nyoman Gede Semarajana, P. S. (2019). Factors Related To Pending Claim In Indonesian National Health Insurance (Jkn): A Systematic Review. *Proceedings Of International Conference On Applied Science And Health* (Pp. 768-780). Jakarta, Indonesia: Icash.
- Irmawati, A. K. (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 Vol. 1 No. 1*, 45-51.
- Istiqomah, G. (2018). Efektivitas Pelaksanaan Prosedur Klaim RSUD Jend. A. Yani Kota Metro Kepada Bpjs Kesehatan Cabang Metro. *Digilib.Unila.Ac.Id*, 1-93.
- Kurnia, R. A. (2017). Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di RSD Balung Kabupaten Jember 2017. *Digital Repository Universitas Jember*, 1-146.

- Lenty Wahyu Noviatry, S. (2016). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim Bpjs Di Rs Panti Nugroho. *Jkesv*, 22-26.
- Librianti, D. D. (2018). Analisa Pengisian Rekam Medis Dalam Rangka Proses Kelengkapan Klaim Bpjs Di Rsud Dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi 2018. *Ejournal.Urindo*, 50-61.
- Linda Megawati, R. D. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim Bpjs Pasien Rawat Inap Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jkesv*, 36-42.
- Marataka, S. K., Rohman, H., & Arifah, I. N. (2020). Capaian Indikator Pengelolaan Dan Pelaporan Data Puskesmas Untuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Prosiding " e-Health".
- Meianti, A., Rohman, H., & Mayretta, A. (2018). Perencanaan Implementasi Unit Kerja Rekam Medis Untuk Klinik Pratama Pancasila Baturetno Wonogiri. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 6(2), 135-141.
- Muhammad Tujar Gifari, F. A. (2019). Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan Pada Pasien Rawat Inap . *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 156-166.
- N Nuraini, R. A. (2018). *Optimizing The Management Of Claims Pending Of BPJS Inpatients At Hospital X 2018.*, (Pp. 619-623).
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 *Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 *Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbg) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 *Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 *Tentang Jaminan Kesehatan*
- Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Bpjs Kesehatan Tahun 2014, Di Akses Tanggal 23 Januari 2020, <<https://www.bpjs-kesehatan.go.id>>.
- Prakoso, S. B. (2015). Efektivitas Pelayanan Kesehatan Bpjs Di Puskesmas Kecamatan Batang. *Edaj* , 73-81.
- Putrianda, T. N. (2017). Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Rekam Medis Dan Ketepatan Kode Diagnosa Utama Menurut Icd-10 Dengan Persetujuan Klaim BPJS Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Depok Periode Junijuli Tahun 2017. *Repository.Upnvj.Ac.Id*, 1-13.
- Resti Septiani Nurdiah, A. T. (2016). Analisis Penyebab Unclaimed Berkas Bpjs Rawat Inap Di Rsud Dr. Soekardjo Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 1-28.
- Risky Joko Manaida, A. A. (2016). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih Gmim Manado. *Kemas*, 1-11.
- Rohman, H., Hariyono, W., & Rosyidah, R. (2011). Kebijakan Pengisian Diagnosis Utama dan Keakuratan Kode Diagnosis pada Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Daulan*, 5(2), 25005.
- Rohman, H. (2018). Perancangan Sistem Informasi Pelaporan Posyandu Lansia. *Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan*, 1(2).
- Rohman, H., Wintolo, A., & Susilowati, E. (2021). Analisis Penundaan Pembayaran Klaim Pada Sistem Vedika Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Nur Hidayah Yogyakarta. *Jurnal Wiyata: Penelitian Sains dan Kesehatan*, 8(1), 72-83.
- Sari, N. P. (2019). Analisis Beban Kerja Dan Kebutuhan Petugas Klaim Rawat Jalan Berdasarkan Metode Analisis Beban Kerja Kesehatan. *Digital Repository Universitas Jember*, 1-100.
- Siswati, S. L. (2015). Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa Dan Tindakan Terhadap Persetujuan Klaim BPJS. *Jurnal Inohim Volume 3 Nomor 2*, 52-60.
- Suhartoyo. (2018). Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Sistem Ina-Cbg's. *Administrative Law & Governance Journal*, 79-92.

- Susanti, M. E. (2018). Tinjauan Peran Koder Untuk Klaim Bpjs Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN Di RSUD Darmayu Ponorogo. *Global Health Science*, 245-251.
- Taliana D. Malonda, A. J. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Tahun 2015. *Jikmu*, 436-447.
- Taliana D. Malonda, A. R. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rsud Dr. Sam Ratulangi Tondano. *Jikmu*, 437-447.
- Tumilar, B. R. (2015). Pengaruh Disiplin, Gaya Kepemimpinan, Dan Motivasi Terhadap Kinerja Karyawan Pada BPJS Ketenagakerjaan Sulut. *Jurnsl Emba*, 787-797.
- Tyas Ardhitya, A. P. (2015). Faktor-Faktor Yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator Bpjs Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. *Eprints.Dinus.Ac.Id*, 1-10.
- Ulinuha, F. E. (2014). Kepuasan Pasien BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Terhadap Pelayanan Di Unit Rawat Jalan (URJ) Rumah Sakit Permata Medika Semarang Tahun 2014. *Eprints.Dinus.Ac.Id*, 1-8.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 *Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.
- Yudhistira, R. (2017). Kajian Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan Di Rsud Blambangan Tahun 2017. *Digital Repository Universitas Jember*, 1-112.