

ANALISIS PENYEBAB *PENDING* KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RSUD DR.RM DJOELHAM BINJAI

*ANALYSIS OF PENDING CAUSES OF BPJS HEALTH CLAIM
INSTALLING IN RSUD DR. RM DJOELHAM BINJAI*

Wayan Ary Santiasih^{1*}, Asyiah Simanjorang², Beni Satria³

^{1,2,3} Institut Kesehatan Helvetia, Jl. Kapten Sumarsono No. 107, Medan 20124

*Koresponding Penulis : ¹wavanary12@yahoo.com, ²asviahsimanjorang71@yahoo.com,
³beni.unpn@gmail.com.

ABSTRAK

RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai merupakan rumah sakit provider BPJS, di mana pada implementasi kebijakan JKN masih terdapat masalah-masalah terutama terkait *pending* klaim seperti adanya miss komunikasi, kurangnya kerja sama/komitmen (disposisi) petugas dalam menjalankan peraturan sehingga berdampak pada kelancaran klaim/besaran klaim yang dapat merugikan rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Mengapa terjadi *pending* klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap di RSUD DR.RM Djoelham Binjai. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dengan menggunakan wawancara mendalam sebagai cara untuk mengumpulkan data. Informan penelitian ini sebanyak 7 informan terdiri dari 1 informan utama dan 6 informan pendukung.

Hasil penelitian menunjukkan Pengembalian berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai terjadi karena ketidak sesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis, kesalahan petugas dalam proses penginputan, selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan.

Berdasarkan penelitian ini, diharapkan kepada RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai untuk meningkatkan kinerja dengan melakukan Pelatihan, Pengawasan dan evaluasi kepatuhan petugas secara berkala dalam pengisian lembar syarat yang diajukan pada pihak verifikator BPJS. Sehingga dapat meminimalisir pengembaliann berkas syarat klaim

Kata kunci : BPJS Kesehatan, *pending* klaim, rawat inap

Daftar Pustaka : 2 buku, 39 Jurnal

Abstract

Hospital Dr. R.M. Djoelham Binjai is a BPJS provider hospital, where in the implementation of the JKN policy there are still problems, especially related to pending claims such as miss communication, lack of cooperation/commitment (disposition) of officers in implementing regulations so that it has an impact on the smoothness of claims/the amount of claims that can be made. detrimental to the hospital.

This study aims to find out why there are pending BPJS health claims for inpatients at RSUD DR.RM Djoelham Binjai. This type of research is a qualitative research with a phenomenological approach using in-depth interviews as a way to collect data. The informants of this research were 7 informants consisting of 1 main informant and 6 supporting informants.

The results showed that the return of claim files for BPJS Health inpatients at RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai occurred due to incompatibility or incomplete filling of items in filling out medical records, errors by officers in the input process, in addition to differences in

understanding regarding the completeness of the claim file between the hospital's internal verifier and the BPJS Health verifier.

Based on this research, it is hoped that RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai to improve performance by conducting training, supervision and evaluation of officers' compliance on a regular basis in filling out the requirements sheet submitted to the BPJS verifier. So that it can minimize the return of the claim requirement file

Keywords: BPJS Health, pending claims, hospitalization

Bibliography : 2 books, 39 journals

PENDAHULUAN

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan (1).

Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa jaminan kesehatan 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 (2).

Setiap orang yang telah memiliki kartu BPJS dan membayarkan iurannya, maka biaya kebutuhan dasar kesehatannya akan ditanggung oleh BPJS melalui proses klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit kepada BPJS (2).

Dalam Permenkes No 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya Dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan, untuk meningkatkan kualitas dan kesinambungan program jaminan kesehatan, perlu memberikan acuan dalam pengenaan urun biaya dan selisih biaya sebagai bagian upaya kendali mutu dan kendali biaya serta pencegahan penyalahgunaan pelayanan di fasilitas kesehatan (3).

Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan sistem (*Indonesian-Case Based Groups*) INA-CBGs. Dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita (4). Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS Kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan lebih dahulu diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS yang bertujuan menguji kebenaran

administrasi untuk dipertanggung jawabkan untuk menjaga mutu pelayanan dan efisien biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan (5).

Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (6). Untuk mendapatkan biaya ini, pihak rumah sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim. Kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan. Kelengkapan dokumen klaim JKN dapat dipengaruhi oleh kelengkapan persyaratan yang berasal dari peserta (seperti fotokopi KTP, fotokopi kartu BPJS) atau dari asuhan medis (seperti resume pasien, laporan penunjang, laporan individu pasien) (7).

Menurut Permenkes Nomor 28 tahun 2014, kelengkapan berkas pada pasien rawat inap meliputi kelengkapan informasi rekam medis yang harus dilengkapi serta ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai seringkali disebabkan karena ketidak sesuaian antar lembar klaim dan resume medis seperti kode diagnosis dan tindakan tidak sesuai dengan ICD-10 dan ICD 9 CM (5).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD DR. RM Djoelham Binjai pada bulan Maret 2020 dan dilakukan peninjauan kembali pada Februari 2021, peneliti menemukan masalah di bagian administrasi BPJS terkait pengajuan berkas klaim asuransi BPJS Kesehatan yang dikembalikan selama satu tahun yaitu periode Januari 2019 sampai dengan Desember 2019 ditemukan 2.223 jumlah klaim yang diajukan pada rawat inap dan berkas klaim yang dikembalikan ke RSUD DR. R.M Djoelham yang terdiri dari 329. Hal ini karena adanya persyaratan yang belum lengkap atau terdapat resume medis yang belum lengkap, kesalahan pengkodean atau koding yang tidak sesuai dengan resume medis, sehingga pihak verifikator BPJS harus terlebih dahulu mengembalikan berkas persyaratan klaim kepada petugas verifikator yang berada di rumah sakit atau dokter yang merawat pasien untuk memintakan kelengkapan pengisian dokumen persyaratan tersebut.

Kelengkapan pengisian berkas yang menyebabkan *pending* klaim BPJS kesehatan masih menjadi masalah di RSUD DR. RM Djoelham menyebabkan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit terlambat dan merugikan keuangan Rumah Sakit serta mengakibatkan keterlambatan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan di RSUD DR. RM Djoelham Binjai oleh karena itu penyebab klaim tidak dapat diproses perlu dianalisis, diidentifikasi, dan diperbaiki sehingga peneliti tertarik untuk

melaksanakan penelitian mengenai Analisis Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat inap di RSUD DR. RM Djoelham Binjai.

Tujuan penelitian untuk mengetahui Mengapa berkas persyaratan klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap di RSUD DR.RM Djoelham Binjai terjadi *pending*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang bertujuan agar dapat menggambarkan makna pengalaman subjek pada fenomena yang diteliti, supaya dapat menggali lebih dalam mengenai penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap sehingga dapat menurunkan tingkat *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di RSUD DR. RM Djoelham Binjai. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret 2021. Informan dalam penelitian ini sebanyak 7 kelompok informan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Pelaksanaan Prosedur Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai

Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam kepada para informan didapatkan bahwa para informan mengerti proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS pelayanan rawat Inap, dan juga didapati bahwa prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat Inap di RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai berjalan sesuai Standar Operasional Prosedur yang ada.

Seluruh informan mengetahui alur prosedur proses administrasi klaim BPJS, yakni dimulai dari tempat pendaftaran, lanjut ke dokter penanggung jawab pasien rekapitulasi rekam medik dilanjutkan proses billing, selanjutnya diperiksa oleh verifikator, lalu di input oleh petugas coding, dan terakhir proses scanning untuk dikirim ke pihak BPJS.

Permenkes No. 28 tahun 2014 menyebutkan bahwa prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut diawali dengan pelayanan administrasi, peserta melakukan pendaftaran dibagian pendafatara, selanjutnya mendapatkan SEP untuk mendapatkan pelayanan. Peserta BPJS dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis. Setelah proses pelayanan administrasi, selanjutnya dari proses pengajuan klaim di fasilitas kesehatan berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS (2014) yaitu rekapitulasi pelayanan dan proses akhir adalah pemberian kode

serta entri data melalui aplikasi INA-CBGs menurut Permenkes No. 27 tahun 2014 tentang sistem INA-CBGs. Sehingga fasilitas kesehatan nantinya menghasilkan berkas dan data klaim dalam bentuk txt berdasarkan Juknis verifikasi klaim (5).

Sejalan dengan penelitian Megawati (2016) Pasien datang kerumah sakit dengan membawa persyaratan yang dibutuhkan lalu diserahkan kepada petugas verifikasi kelengkapan awal. Jika telah lengkap, petugas akan mencetak surat eligibilitas. Petugas kassa mencetak karcis piutang. Lalu pasien dapat diperiksa oleh dokter. Dokter memutuskan apakah pasien bisa pulang atau harus mendapatkan rawat inap. Lalu pasien akan diarahkan ke bagian farmasi untuk mendapatkan obat. Petugas farmasi menyerahkan daftar obat yang digunakan pasien kepada petugas kassa. Petugas kassa mengolahnya sehingga menjadi nota piutang. Lalu diserahkan kepada petugas coding untuk digrouping. Dan menghasilkan file txt. File txt diserahkan kepada verifikasi BPJS. (7)

4.2 Penyebab *Pending* Klaim BPJS di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai

Hasil dari penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam didapatkan bahwa penyebab tersering dari Pengembalian berkas klaim adalah ketidak lengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai yaitu, tidak sesuai atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidak sesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Terdapat juga kendala dalam pelaksanaannya masih terdapat berkas yang terlambat pengembaliannya sehingga memperlambat proses pengajuan klaim BPJS karena harus menunggu dan juga menyebabkan ketidak telitian petugas sehingga terjadi kesalahan dalam proses pengkodean dan pengentian data karena berkas yang menumpuk. Selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak rumah sakit dengan pihak verifikasi BPJS Kesehatan juga mempengaruhi *pending* klaim.

Pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lepas dari program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Penyelenggaraan JKN di rumah sakit menggunakan sistem pembayaran asuransi. Metode pembayaran yang digunakan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada saat ini adalah dengan metode pembayaran prospektif yaitu *Casemix (case basedpayment)* atau menggunakan sistem Indonesia Case Base Group (INA-CBGs). Sistem pembayaran INA-CBGs menggunakan klaim yang nantinya akan mendapat penggantian biaya dari BPJS (34).

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan menurut petunjuk teknis verifikasi klaim memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan. Ketidaksesuaian administrasi kepesertaan yaitu pada data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung dan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim karena sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014 apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi (34).

Dalam era JKN ini koder, dokter, dan verifikator memiliki peranan yang penting. Dengan adanya sistem INA CBGs, koder, dokter, dan verifikator memiliki hubungan yang saling berkaitan. Dari beberapa penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait konfirmasi koding, yang menjadi hambatan terbesar oleh koder adalah kurang lengkapnya pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada resume medis serta ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan ICD 10 sehingga koding yang sudah dibuat dipertanyakan kembali karena penegakan diagnosis belum disertai dengan pemeriksaan pendukung. Informasi yang kurang jelas menyebabkan koder salah dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan (35).

Perbedaan konsep/ persepsi terhadap diagnosis dan pengkodeannya antara dokter yang merawat di RS dan verifikator BPJS. Seperti ; untuk diagnosis anemia harus disertai tranfusi, padahal tidak semua anemia harus di tranfusi. Selain itu, dalam konsep INA-CBGs, yang menimbulkan biaya terbesar dan/atau masa rawat inap paling lama adalah diagnosis utama. Hal ini tidak selalu sejalan dengan konsep diagnosis utama bagi para klinisi dimana ada perbedaan antara ranah klinis medis dengan ranah koding administrasi klaim. Dalam ranah klinis medis, diagnosis utama merujuk pada patofisiologi kasus yang menjadi dasar dari kasus pasien dan bisa bergerak dinamis sesuai perkembangan kondisi pasien, dan berdasarkan pemeriksaan penunjang yang tepat. Dasarnya adalah konsep ilmiah (35).

Koding adalah upaya menjembatani diagnosis dan tindakan secara klinis medis dengan kode grouper aplikasi INA-CBGs. Selanjutnya berdasarkan kode tersebut, ditentukan besaran klaim. Diagnosis utama dalam kepentingan ini didefinisikan sebagai: (a) Diagnosis yang paling berbahaya atau mengancam kehidupan, (b) Diagnosis yang paling banyak membutuhkan sumber daya pelayanan, dan/atau (c) diagnosis yang menyebabkan masa perawatan paling lama (35).

Pada SK Menkes RI No : 268/Menkes/Per/III/ 2008 tentang rekam medis menyebutkan bahwa data dalam rekam medis dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, karena dokterlah yang mempunyai kewajiban, hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis dan pelayanan yang diberikan, dan oleh karenanya tidak boleh diubah oleh pihak lain. Kualitas kode yang dihasilkan oleh koder terutama ditentukan oleh data dasar yang ditulis dan ditentukan oleh tenaga medis penanggung jawab pasien. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis terkait untuk mengetahui dan memahami proses koding dan data dasar yang dibutuhkan, sehingga dalam proses perekaman dapat memenuhi beberapa persyaratan kelengkapan data guna menjamin keakurasian kode. Dokter diharapkan dapat menulis dengan lengkap diagnosis pasien dan hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis (36).

Menurut BPJS (2014) tentang petunjuk teknis verifikasi klaim program Jaminan Kesehatan Nasional masyarakat, bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat eligibilitas peserta (SEP) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung : (1) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, (2) Resep alat kesehatan, (3) Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll). Berdasarkan Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat. Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim (33).

Hasil penelitian ini dijumpai sejalan dengan penelitian Irmawati dkk (2018), dijumpai Ketidak lengkapan lembar formulir-formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai (34).

Penelitian yang dilakukan Noviatri (2016) menyebutkan Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor man adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Ketidak lengkapan laporan penunjang dapat mempengaruhi jumlah biaya yang ditanggungkan. Faktor materials karena persyaratan yang tidak sesuai dalam

pelaksanaannya masih terdapat resume medis yang tidak terisi atau terlambat pengembaliannya sehingga memperlambat proses pengajuan klaim BPJS karena harus menunggu dokter mengisi terlebih dahulu (37).

Pada penelitian Muroli (2019) menyebutkan Masalah yang dihadapi para petugas pelaksana di IPPJ, yakni koder dan verifikator, adalah pengisian resume medis yang belum dibuat/ tidak lengkap diisi dokter DPJP, istilah baru yang belum familiar dan memerlukan konfirmasi DPJP untuk persamaan persepsi, koordinasi dengan DPJP sulit dan berkas klaim yang tidak lengkap (38).

Hasil penelitian Sophia (2017), keterlambatan pengajuan klaim tersebut karena belum ada kesepakatan atau persamaan persepsi antara BPJS Center Rumah Sakit, sehingga masih diperlukan dukungan surat berupa surat edaran dari BPJS Center terhadap kasus-kasus baru. Dokumen pengajuan klaim terhadap kasus-kasus baru di Rumah Sakit diperlukan persamaan persepsi yang dimulai dari verifikator BPJS Center, verifikator Rumah Sakit, dilanjutkan kepada BPJS Center dan Rumah Sakit untuk mendapatkan rekomendasi pengajuan klaim kasus baru (39).

4.3 Dampak dari Pending Klaim BPJS di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai

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

Dalam mengajukan berkas klaim, apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Permasalahan proses klaim juga dapat mempengaruhi kegiatan operasional rumah sakit sebagai akibat dapat tidak tercukupinya data yang diperlukan (40)

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

mengurus sendiri skema pembiayaan melalui pihak ketiga, yakni perbankan dan sangat membebani pihak RS (41).

Pada penelitian Aditama (2019) dampak dari ketidak lengkapan berkas klaim BPJS adalah terjadinya pending klaim, pending klaim berdampak terhadap pelayanan rumah sakit kepada pasien, khususnya terkait masalah ketersediaan stock obat-obatan. Pending klaim BPJS menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim sehingga proses pembayaran obat-obatan oleh rumah sakit kepada pihak penyedia obat formularium nasional (FORNAS) juga dapat terganggu. Masalah ini juga berdampak terhadap peningkatan beban kerja BPJS itu sendiri dikarenakan BPJS akan melakukan pengecekan ulang berkas klaim pending yang diajukan (42).

4.4 Upaya dari Rumah Sakit Terkait Masalah *Pending* Klaim BPJS Kesehatan

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

Pelaksanaan klaim yang tepat terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit di era JKN sangatlah penting. Sangat diperlukan sebuah pengelolaan yang baik dari setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik. Dalam mencapai sebuah sasaran (proses klaim yang baik) dapat menggunakan planning (Perencanaan), organization (Organisasi), actuating (Pelaksanaan), dan controlling (Pengawasan) melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Berdasarkan pendapat tersebut sebetulnya kegiatan di dalam Rumah Sakit memerlukan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Salah satunya manajemen dibutuhkan dalam mengatur semua kegiatan untuk proses era BPJS Kesehatan (40).

Kegiatan perencanaan meliputi membuat SOP khusus dalam pengisian berkas persyaratan klaim BPJS dan peraturan seperti job description yang lebih jelas dan dibuat lebih terstruktur, selanjutnya mensosialisasikan SOP atau peraturan lainnya tersebut kesemua

petugas yang menangani berkas persyaratan klaim BPJS (verifikator BPJS rumah sakit, tim dokter, tim perawat dan tim koder BPJS/rekam medis). Mengadakan rapat yang rutin minimal seminggu sekali untuk setiap petugas yang menangani berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan (40).

Selanjutnya menetapkan sasaran siapa saja organisasi yang bertanggung jawab dalam mengemban tugas mengenai pengisian berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan. Sasaran tersebut merupakan tim pengendali yaitu tim perawat, tim dokter, Koder atau rekam medis, beserta verifikator BPJS rumah sakit yang memiliki keahlian masing-masing sesuai tugasnya. Melakukan identifikasi sumber daya dalam proses pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap seperti komputer yang terintegrasi untuk memudahkan proses INA CBG's, lembar berkas persyaratan klaim BPJS, hasil penunjang lainnya (40).

Pada penelitian Alfiansyah (2019), menyebutkan kegiatan di dalam Rumah Sakit memerlukan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Salah satunya manajemen dibutuhkan dalam mengatur semua kegiatan untuk proses era BPJS Kesehatan. Penanganan *pending* klaim dapat dilakukan dengan melakukan optimalisasi kegiatan manajemen yang ada. Asumsinya, dengan berkas klaim yang lengkap tidak terjadi pengembalian (40).

Senada dengan penelitian Lenti (2016), Upaya dalam mengatasi Penyebab Keterlambatan Upaya yang dilakukan untuk mengatasi Penyebab Keterlambatan pada faktor *man* adalah petugas memberikan informasi kepada pasien, petugas pengodean aktif berkomunikasi dan melakukan konfirmasi dengan dokter, petugas rekam medis mengupayakan untuk penambahan pegawai. Upaya dalam faktor *machine* adalah petugas melakukan back - up data secara rutin dan berkomunikasi dengan pihak BPJS (37).

Hal ini sesuai dengan peraturan menteri kesehatan nomor 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem INA-CBG's. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi Penyebab Keterlambatan pada faktor method adalah pihak rumah sakit membentuk tim BPJS yang bertugas melakukan sosialisasi dan evaluasi (4).

Petugas membentuk tim BPJS merupakan upaya yang dilakukan petugas dalam mengatasi Penyebab Keterlambatan pada faktor metode yang terdiri dari penanggung jawab BPJS, koder, dan pihak manajemen untuk melakukan sosialisasi dan evaluasi terkait peraturan dari pihak BPJS. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's yaitu membentuk tim case mix / tim INACBG's rumah

sakit akan menjadi penggerak membantu melakukan sosialisasi, monitoring, dan evaluasi implementasi INA-CBG's di rumah sakit (37).

4.5 Upaya dari BPJS Kesehatan Terkait Masalah *Pending Klaim* BPJS Kesehatan

Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan upaya dari BPJS kesehatan dalam mengatasi permasalahan *pending klaim* BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi terkait regulasi BPJS Kesehatan. Pihak BPJS Kesehatan terus melakukan konfirmasi dan koordinasi dalam proses klaim BPJS kesehatan terkait perbedaan pandangan dalam proses klaim serta melakukan sosialisasi mengenai regulasi-regulasi baru, dan melakukan evaluasi ke RS mengenai jalannya program, mengikuti panduan yang ada yaitu sesuai dengan Kemenkes dan ICD 10 dan ICD 9.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Alfiansyah, 2019) dimana BPJS juga perlu melakukan kontrol dan evaluasi kerja, baik kepada pihak BPJS sendiri maupun kepada pihak rumah sakit (40).

Hasil dari penelitian Aditama (2019), menyebutkan upaya menangani masalah ketidaklengkapan berkas BPJS, pihak BPJS telah melakukan upaya-upaya untuk meminimalisir angka kejadian ketidaklengkapan berkas Klaim, dengan melakukan sosialisasi terkait regulasi BPJS dan melakukan pelatihan mengenai proses administrasi klaim kepada petugas verifikasi di rumah sakit (42).

KESIMPULAN

1. Proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap di RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai didapatkan bahwa para informan mengerti proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS pelayanan rawat Inap, dan juga didapati bahwa prosedur administrasi klaim BPJS pada pelayanan rawat Inap di RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai berjalan sesuai Standar Operasional Prosedur yang ada.
2. *Pending klaim* pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai terjadi karena ketidaksesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan juga mempengaruhi *pending klaim*.

3. Permasalahan *Pending* klaim pasien rawat inap BPJS yang terjadi di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai menyebabkan keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Kemudian juga aliran dana kas Rumah Sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya.
4. Upaya yang dilakukan RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai terkait masalah *Pending* klaim BPJS Kesehatan, Rumah Sakit senantiasa melakukan evaluasi untuk mengurangi kejadian pengembalian berkas klaim, dimulai dari selalu berkomunikasi tentang segala permasalahan yang ada serta berkoordinasi dari setiap bagian yang berhubungan serta meningkatkan kinerja masing-masing bagian, mengikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan.
5. Upaya dari BPJS Kesehatan terkait masalah *Pending* klaim melakukan sosialisasi terkait regulasi BPJS Kesehatan dan pihak BPJS Kesehatan terus melakukan konfirmasi dan koordinasi dalam proses klaim BPJS kesehatan terkait perbedaan pandangan dalam proses pengklaiman

SARAN

1. Saran bagi RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai
Dilakukan Pengawasan dan mengadakan evaluasi kinerja pegawai secara berkala dan evaluasi kepatuhan petugas dalam pengisian lembar syarat yang diajukan pada pihak verifikator BPJS. Sehingga dapat meminimalisir pengembalian berkas syarat klaim
2. Bagi BPJS Kesehatan
Diharapkan pihak BPJS Kesehatan memperhatikan dan lebih mensosialisasikan perubahan-perubahan regulasi kepada anggotanya dan tim medis dilapangan agar tidak terjadi perbedaan dan kesalahan pemahaman pada pelaksanaan, baik pihak administrasi dari BPJS kesehatan maupun petugas administrasi BPJS kesehatan di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Presiden RI. UU RI No 36 Tentang Kesehatan. UU RI No 36 2009. 2009.
2. Depkes RI, RI D. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Peraturan Menteri Kesehatan 2013.
3. Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2018 Tentang Pengenaan Urun Biaya Dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan. Director. 2018;
4. Kemenkes R.I. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBGs. 2014;

5. PERMENKES RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. 2014;
6. Ardhitya T, Perry A, Kg S, Kes M, Universitas A, Semarang DN, et al. Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim Bpjs Oleh Verifikator Bpjs Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. Literature. 1994;
7. Megawati L, Pratiwi RD. Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. J Kesehat Vokasional. 2016;
8. Putra WM. Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah rakit Umum Kota Tangatang Selatan Tahun 2014. Skripsi. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta. 2014.
9. Jamsos. Naskah Akademik SJSN. 2012;1. Available from: http://www.jamsosindonesia.com/files/NA_SJSN.pdf
10. RI P. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. J Chem Inf Model. 1989;
11. BPJS Kesehatan. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pemerintah RI. 2004;
12. BPJS Kesehatan. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehat. 2014;
13. Perpres No 12 Tahun. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. J Chem Inf Model. 2013;
14. Perpres RI. Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan. 2020;(025288):3–4.
15. Perpres RI. Peraturan Presiden Nomor 75 tentang Jaminan Kesehatan. Pres Republik Indones [Internet]. 2019;(004877):2–6. Available from: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/e277a92bde56b8d855c9d8cc9cefa2ab.pdf>
16. BPJS P. pedoman Umum Tata Kelola Yang Baik (Good Governance) Bpjs Kesehatan. pedoman umum tata kelola yang baik (good governance) BPJS Kesehat. 2014;10–34.
17. Kementrian Kesehatan. Rancangan Naskah akademik Rancangan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2005;(40):1–19.
18. Ilyas Y. Mengenal asuransi kesehatan: review utilitas manajemen klaim and fraud (kekurangan asuransi kesehatan) 2006 / FKM UI. Depok Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) , 2006; 2006. 213 pages.
19. Anwar K. Asuransi Syariah, Halal & Maslahat. Solo: Tiga Serangkai; 2007.
20. Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat. 2011;(336).
21. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2015 Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam program Jaminana Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2015;1–97. Available from: www.hukor.depkes.go.id
22. BPJS Kesehatan. Panduan praktis pelayanan kesehatan. BPJS Kesehat. 2017;
23. SAJIDAH G. Analisis Penyebab Tingginya Beban Kerja Petugas Pendaftaran Pasien Gawat Darurat Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Triwulan I Tahun 2015. Dok Karya Ilm | Tugas Akhir | Progr Stud Rekam Medis&Info Kesehat - D3 | Fak Kesehat | Univ Dian Nuswantoro Semarang | 2015. 2015;5–6.
24. Samil RS. Etika kedokteran Indonesia. In Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016. p. 246 pages.
25. Rusdiana ED, Setyowati M. Analisis Kebutuhan Tenaga Kerja Koding / Indeksing Bpjs Dengan Metode Wisn Di Rs . Panti Wilasa “ Dr . Cipto ” Semarang. 2015;14:1–10.

26. Fallis A. Struktur Organisasi Tim Pengendali Mutu Dan Biaya Pelayanan Bpjs Kesehatan Penanggung. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.
27. Ayu Putri NK, Karjono K, Uktutias SA. Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. *J Manaj Kesehat Yayasan RSDr Soetomo*. 2019;
28. Menteri Kesehatan RI. Permenkes RI No. 269 Th. 2008 Tentang Rekam Medis. Menteri Kesehatan. 2008.
29. Al Aufa B. Analisis Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Ketidaktepatan Waktu Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap DI RS X BOGOR. *J Vokasi Indones*. 2018;
30. Lubis S. Analisa Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketidaktepatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rsu Ipi Medan. *J Ilm Perkam Dan Inf Kesehat Imelda*. 2017;
31. Pengantar Administrasi Kesehatan. Binarupa Aksara, Tangerang; 2010.
32. Sugiyono, Republik Indonesia. Metode Penelitian Kuantitatif & kualitatif. *Journal of Experimental Psychology: General* 2010.
33. BPJS Kesehatan. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. 2014;
34. Irmawati D. Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *J Rekam Medis dan Inf Kesehat*. 2018;Vol. 1 No.:45–51.
35. Indawati L. Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. 2016;
36. PERMENKES. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/Iii/2008 Tentang Rekam Medis. Kementrian Kesehatan RI; 2008.
37. Noviatr LW, Sugeng. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. *J Kesehat Vokasional*. 2016;
38. Muroli CJ, Rahardjo TBW, Kodyat AG. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019. 2020;4(2):191–7.
39. Sophia, Darmawan ES. Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pada Rumkital Dr. Mintohardjo, DKI Jakarta. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 2017;20(3):83–8.
40. Alfiansyah G, Nuraini N, Wijayanti RA, Putri F, Deharja A, Santi MW. Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018. *Kesmas Indones*. 2019;11(1):24.
41. Djamhari EA. Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya ? 2020;1.
42. Aditama H dkk. Ketidak Lengkapan Berkas Klaim Bpjs Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijaumedan 2018 (Studi Kasus pada Petugas Klaim BPJS). *Faculty of Public Health, University of Sari Mutiara Indonesia, Medan*; 2019.