

OPTIMALISASI MANAJEMEN DALAM UPAYA MENURUNKAN ANGKA PENDING KLAIM PASIEN BPJS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT

¹Yeni Tri Utami*, ²Warsi Maryati, ³Hudzaifah Ahmad

¹Prodi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta

^{2,3}Prodi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta

Email: yeni_tri@udb.ac.id*, warsi_maryati@udb.ac.id, hudz3012@gmail.com

Submitted : 25 November 2024

Reviewed : 27 Januari 2025

Accepted : 17 Februari 2025

ABSTRAK

Permasalahan pending klaim di Rumah Sakit sebagian besar disebabkan adanya ketidaklengkapan berkas, dan ketidaksesuaian ketepatan kode diagnosis. Rumah Sakit UNS Surakarta diketahui setiap bulan ditemukan sekitar 50-300 berkas klaim BPJS Rawat Inap mengalami pending. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui manajemen dalam upaya menurunkan angka pending klaim pasien BPJS rawat inap di rumah sakit. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, dengan pendekatan *cross sectional*. Subjek penelitian ini meliputi koordinator klaim, petugas koder, petugas verifikasi internal dan komite medik (dokter). Objek penelitian yaitu berkas klaim pada Tribulan 1 dan 2 tahun 2024. Instrumen yang digunakan pedoman wawancara, pedoman observasi, Checklist. Hasil penelitian menunjukkan dari 4213 berkas klaim yang diajukan terdapat 758 berkas klaim (17,99%) mengalami pending, yang dibagi menjadi 3 klasifikasi faktor yaitu Aspek Medis sebanyak 391 berkas (51,58%), kemudian Aspek Koding sebanyak 259 berkas (34,17%) dan Aspek Administrasi sebanyak 108 berkas (14,25%). Proses penanganan pending klaim berdasarkan aspek *planning, organizing, actuating, dan controlling* masih belum berjalan optimal. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pembagian deskripsi pekerjaan yang jelas dan belum adanya SOP terkait dengan penanganan pending klaim hanya diwujudkan dalam nota dinas, dalam evaluasi masih secara general dilakukan berdasarkan kasus tetapi belum berdasarkan user yang menyebabkan sehingga belum adanya reward dan punishment bagi petugas yang tidak patuh. Sebaiknya, Rumah Sakit menyusun SOP untuk pengisian berkas persyaratan klaim BPJS, dan membuat pembagian jobdesk yang jelas terutama bagian koding BPJS, serta penerapan RME Rawat Inap segera direalisasikan.

Kata Kunci : pending klaim, faktor penyebab, manajemen

ABSTRACT

Problems with pending claims in hospitals are mostly caused by incomplete files and discrepancies in the accuracy of diagnosis codes. UNS Surakarta Hospital is known to find around 50-300 BPJS Inpatient claim files pending every month. This study aims to determine management in an effort to reduce the number of pending claims for inpatient BPJS patients in hospitals. This type of research is descriptive qualitative, with a cross sectional approach. The subjects of this research include claims coordinators, coders, internal verification officers and medical committee members (doctors). The research object is the claim file for Trimonths 1 and 2 of 2024. The instruments used are interview guidelines, observation guidelines, checklists. The research results showed that of the 4213 claim files submitted, 758 claim files (17.99%) were pending, which were divided into 3 factor classifications, namely Medical Aspects with 391 files (51.58%), then Coding Aspects with 259 files (34, 17%) and Administrative Aspects as many as 108 files (14.25%). The process of handling pending claims based on planning, organizing, actuating and controlling aspects is still not running optimally. This is caused by the lack of clear division of job descriptions and the absence of SOPs related to handling pending claims which are only manifested in official notes, in general evaluations are still carried out based on cases but not based on users which causes there to be no rewards and punishments for officers who do not comply. It would be better for hospitals to prepare SOPs for filling out BPJS claim requirements files, and make clear job desk divisions, especially the BPJS coding section, and implement Inpatient RME immediately.

Keywords : pending claims, causal factors, management

PENDAHULUAN

Indonesia menerapkan sistem pembayaran prospektif sebagai metode pembayaran untuk layanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Lanjutan (FKRTL). Metode pembayaran prospektif dikenal

dengan *case based payment* (casemix). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan software grouper atau sistem INA-CBGs (Pemerintahan RI. 2016). Model pembayaran INA-CBG's yang diselenggarakan oleh BPJS di Rumah Sakit harus melalui tahap pengklaiman. BPJS akan memverifikasi persetujuan klaim dan membayar dokumen yang layak klaim, namun dokumen yang tidak memenuhi syarat klaim harus dikembalikan ke rumah sakit untuk dikonfirmasi sehingga masuk kategori pending klaim (Sander A, dkk. 2022)

Permasalahan pending klaim di Rumah Sakit yaitu sebagian besar disebabkan karena adanya ketidaklengkapan berkas, ketepatan kode diagnosis atau perbedaan persepsi kode diagnosis dari rumah sakit dengan kode dari verifikator BPJS, kurangnya waktu penyelesaian klaim terhadap target klaim, gagalnya koneksi data ke database akibat gangguan sistem pada aplikasi Jasa Raharja, kurangnya pemeriksaan penunjang dan kurangnya evidenterapi, belum adanya SOP tentang klaim BPJS rawat inap, terdapat beberapa berkas scan yang tidak jelas dan sering mengalami gangguan jaringan internet sehingga pengajuan klaim menjadi terhambat (Agiwahyunto, dkk. 2022, Kusumawati dan Pujiyanto. 2020, Santiasih, dkk. 2021, Manurung J, dkk. 2020, Sander A, dkk. 2022, Maulida E dan Djunawan A. 2022, Kurnia E dan Mahdalena. 2022, Sari I dan Rukmini. 2022, Rohman H. 2021, Syafitri E, dan Novita D. 2021). Kualitas koding diagnosis menjadi salah satu faktor yang sangat besar pengaruhnya dalam pengklaiman INA-CBG's (Oktamianiza, Reza I. 2022, Oktamianiza, dkk. 2022, Yastori. 2021, Muroli C. 2020). Dalam mendukung proses kelancaran klaim pasien rawat inap diperlukan adanya integrasi antara aplikasi INA-CBG's dengan proses manajemen lain yang terdapat di SIMRS, dan memiliki SOP penyelesaian permasalahan pending klaim (Nabila S F, dkk. 2020)

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya di RSUD Deli Serdang Tahun 2018 tepatnya dimulai dari bulan Februari diperoleh data terdapat 1167 berkas pending klaim BPJS Pasien rawat inap dari 4268 kunjungan. Jika di nominalkan maka 1167 berkas tersebut senilai Rp.6.697.738.100 (Manurung J, dkk. 2020). Penelitian kedua di RSBT Karimun pada bulan Januari - September 2022 jumlah klaim tertunda dengan total Rp1.537.233.700,- dari 1.353 kasus (Fitriani Y, Hidayat B. 2023).

Berdasarkan hasil survei pendahuluan di Rumah Sakit UNS Surakarta yang merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan di wilayah Cabang Surakarta. Banyaknya pasien yang menggunakan BPJS menunjukkan banyaknya jumlah klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan. Berdasarkan data di rumah sakit UNS Surakarta kegiatan pengajuan klaim dari pihak rumah sakit ke BPJS Kesehatan mengalami pending klaim setiap bulannya rata-rata 200 berkas klaim. Hal tersebut mengakibatkan terpendingnya biaya klaim sebesar 3-6 Milliyar setiap tahunnya.

Pending klaim mengakibatkan jumlah klaim yang dibayarkan oleh BPJS lebih kecil dibandingkan ajuan awal klaim tersebut. Hal ini berdampak pada arus kas rumah sakit dan menimbulkan masalah pada biaya operasional rumah sakit karena hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS Kesehatan. Jika berlangsung terus menerus dan dalam jangka waktu yang cukup lama akan menyebabkan permasalahan likuiditas bagi rumah sakit (Listiyawati, Wijayanti R A. 2022, Pratama A, dkk. 2023). Dikembalikannya berkas persyaratan yang tidak lengkap dari pihak provider BPJS ke pihak rekam medis membuat petugas bekerja dua kali, sehingga kondisi tersebut menimbulkan penambahan beban kerja petugas rekam medis (Nuraini N, dkk. 2019).

Pelaksanaan klaim yang tepat memerlukan pengelolaan yang baik dari setiap penyelenggara layanan untuk menjaga kelangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam era JKN. Pengelolaan yang efektif selalu dimulai dengan perencanaan yang baik. Terry (2006) menyebutkan 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. Seperti halnya di dalam Rumah Sakit memerlukan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dengan mengoptimalkan manajemen yang ada sehingga dapat menekan angka pending klaim BPJS pasien rawat inap. Optimalisasi manajemen ini bisa berupa penyusunan atau merevisi SOP yang sudah ada terkait dengan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pada unit rawat inap dan SOP untuk verifikasi kelengkapan dan ketepatan isi berkas klaim rawat inap agar dapat digunakan sebagai pedoman kerja petugas dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan pada unit rawat inap di rumah sakit (Mayori E, dkk. 2022). Berdasarkan latar belakang tersebut dalam penelitian merumuskan masalah bagaimana pelaksanaan *planning* (Perencanaan), *organization* (Organisasi), *actuating* (Pelaksanaan), dan *controlling* (Pengawasan) manajemen dalam upaya menurunkan angka pending klaim pasien BPJS rawat inap di rumah sakit UNS Surakarta agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan.

Penelitian mengenai faktor penyebab pending klaim sudah pernah diteliti sebelumnya. Faktor-faktor penyebab pending klaim disebabkan ketidaksesuaian kode dan diagnosa dari rumah sakit dengan kode dari verifikator BPJS Kesehatan merupakan penyebab utama pending klaim (Manurung J, dkk. 2020), dilaporkan juga karena ketidak sesuaian pengisian item-item di dalam rekam medis, kesalahan petugas

dalam proses penginputan (Santiasih, dkk. 2021). Pada tahun 2022, masih ditemukan ketidaktepatan dalam pengkodean serta tindakan yang diberikan kepada pasien, ketidaksesuaian dalam pengisian atau penginputan data pasien, serta belum adanya SOP terkait klaim BPJS rawat inap. Selain itu, terdapat beberapa berkas scan yang kurang jelas dan sering mengalami gangguan jaringan internet, yang menyebabkan pengajuan klaim terhambat. (Sari I dan Rukmini. 2022). Pada tahun 2023 faktor perbedaan persepsi kode diagnosis dalam berkas klaim antara pihak verifikasi internal rumah sakit dengan pihak verifikasi BPJS Kesehatan (Pratama A, dkk. 2023).

Kemudian hasil peneliti sendiri oleh Utami, dkk tahun 2020 bahwa Faktor penyebab klaim koding diantaranya dikarenakan faktor Unsur Man yaitu DPJP dan petugas koder, Material merupakan kelengkapan berkas persyaratan klaim seperti resume medis dan SEP, dan Machine yaitu aplikasi SIMRS dan aplikasi INA CBG's yang sering mengalami kendala error system yang diakibatkan gangguan jaringan. Hasil penelitian merekomendasikan riset lanjutan untuk menganalisis manajemen yang optimal dengan menggunakan *planning* (Perencanaan), *organization* (Organisasi), *actuating* (Pelaksanaan), dan *controlling* (Pengawasan) pada proses penanganan pending klaim BPJS pasien rawat inap. Tujuan penelitian ini dengan melakukan analisis terhadap optimalisasi manajemen dalam penyelesaian terhadap pending klaim rawat inap di Rumah Sakit UNS Surakarta, dan memberikan rekomendasi perbaikan dalam setiap aspek menggunakan metode POAC, agar dapat digunakan sebagai pedoman kerja petugas yang terkait dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit ini sehingga dapat menurunkan angka pending klaim BPJS pasien rawat inap.

METODE

Jenis penelitian ini deskriptif kualitatif dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Penelitian ini mengkaji strategi dalam penanganan pending klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit UNS Surakarta pada Triwulan 1 dan 2 Tahun 2024 dengan menggunakan metode POAC. Subjek penelitian adalah Kepala Seksi Penjaminan (Dokter), Kepala Ruang Penjaminan (Rekam Medis), Verifikator Internal (Perawat) dan Petugas Koder BPJS (Rekam Medis). Objek penelitian adalah berkas pending klaim pasien BPJS rawat inap pada Triwulan 1 dan 2 tahun 2024 di Rumah Sakit UNS Surakarta. Variabel penelitian ini meliputi Proses pengajuan klaim rawat inap ke BPJS Kesehatan di RS UNS Surakarta, Jumlah dan persentase pending klaim rawat inap tahun Triwulan 1 dan 2 tahun 2024 di RS UNS Surakarta, dan Analisis manajemen dengan menggunakan *planning* (Perencanaan), *organization* (Organisasi), *actuating* (Pelaksanaan), dan *controlling* (Pengawasan) pada proses penanganan pending klaim BPJS pasien rawat inap. Instrumen yang digunakan pedoman wawancara, pedoman observasi, alat perekam suara. Pengolahan data meliputi *Collecting, editing, coding, Classification, Tabulating*, dan penyajian data. Analisis data menggunakan analisis deskriptif dengan cara menggambarkan data yang telah dikumpulkan dan diolah, kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan diagram.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Alur dan prosedur Klaim BPJS Rawat Inap di RS UNS Surakarta

Berdasarkan hasil wawancara terhadap Kepala Ruang Penjaminan dan Verifikator Internal (Pengevaluasi Klaim) serta observasi di bagian penjaminan untuk alur dan prosedur klaim BPJS Rawat Inap di RS UNS Surakarta sebagai berikut:

Proses klaim rawat inap masih dilakukan secara manual, dimulai dengan pengumpulan berkas rekam medis dari bagian rekam medis. Setelah itu, dilakukan proses scanning berbagai dokumen yang diperlukan, yaitu SEP, surat perintah rawat inap, surat keterangan diagnosis dari IGD jika pasien masuk melalui IGD, resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, laporan operasi jika ada, laporan persalinan, bukti penggunaan ventilator jika digunakan, serta surat kematian jika pasien meninggal dunia. Dokumen-dokumen yang discan harus lengkap.

Setelah pemindaian, petugas koding memasukkan data ke dalam SIMRS melalui menu bridging, lalu E-Klaim, kemudian memilih tanggal perawatan. Data pasien dicari berdasarkan nama atau nomor rekam medis. Jenis rawat inap dan kelas perawatan otomatis terisi sesuai SEP, sementara pilihan cara masuk pasien, penggunaan ventilator dengan jam inkubasi dan ekskubasi, serta cara pulang pasien apakah disetujui dokter, dirujuk, meninggal, atau atas permintaan sendiri juga harus diinput. Total biaya perawatan otomatis dihitung oleh SIMRS berdasarkan tindakan yang sudah diinput oleh unit terkait selama rawat inap.

Pada tahap koding, petugas mengisi kode sesuai dengan diagnosis dari DPJP dan *resources* yang paling besar. Petugas juga harus memastikan kesesuaian antara diagnosis dengan ICD serta berita acara klaim dari BPJS, atau undang-undang terkait. Setelah proses koding selesai, data disimpan, dan klaim diperbarui. Setelah itu ada proses grouper yang terkirim otomatis dari SIMRS ke E-Klaim.

Klaim dapat dicetak secara individu dalam lembar individual yang mencakup identitas pasien, nomor peserta BPJS, nomor rekam medis, nomor SEP, tanggal masuk dan keluar, cara pulang, jenis perawatan,

kode CBG, dan tarif klaim. Kode CBG dan tarif klaim ini otomatis keluar berdasarkan data yang diinput. Setelah itu, dilakukan proses merger atau penggabungan beberapa file, yaitu penggabungan lembar individual, resume, dokumen penunjang, dan *billing* dari kasir. File yang telah digabungkan disimpan dalam folder klaim per bulan, kemudian disimpan dalam folder per tanggal pulang dengan nama file berupa tiga digit terakhir nomor SEP.

Sebelum pengajuan klaim, dilakukan checklist manual untuk mencocokkan berkas yang akan diajukan klaim pada data di folder dan di E-Klaim. Selanjutnya, beberapa file dari E-Klaim diunduh, yang terdiri dari *file.txt*, *encrypted*, *unencrypted plus detail*, dan rekap excel. File-file tersebut akan dilampirkan bersama surat pengajuan klaim. Sebelum diajukan klaim, *file.txt* diupload ke V-Klaim untuk validasi digital. Jika ada data yang tidak valid, harus diperbaiki terlebih dahulu hingga semua data dinyatakan valid. Setelah itu, klaim diajukan dan akan diverifikasi oleh verifikator eksternal BPJS. Proses verifikasi maksimal memakan waktu 14 hari setelah pengajuan, dan pengajuan klaim harus dilakukan maksimal pada tanggal 15 bulan berikutnya. Pengajuan klaim pertama harus mencakup minimal 90% dari SEP yang terbit di bulan yang diajukan, jika tidak, nilai kepatuhan rumah sakit akan berkurang.

Setelah verifikasi, akan keluar Berita Acara Hasil Verifikasi klaim yang berisi jumlah klaim yang layak, tidak layak atau revisi, dan dispute. Kemudian, dibuatkan Formulir Pengajuan Klaim (FPK) berdasarkan jumlah klaim yang layak dan nominalnya. Jika ada Berita Acara (BA) pengurangan, yaitu hasil audit dengan BPJS yang disepakati seperti penggantian kode yang dapat mengurangi nominal klaim, selisih antara pengajuan pertama dan setelah penggantian kode akan dicatat dalam BA pengurangan, kemudian nominal klaim yang layak akan dikurangi dengan BA pengurangan tersebut dan dibuatkan kwitansi. Rumah sakit akan menerima dana sesuai dengan kwitansi tersebut.

Berdasarkan hasil observasi alur dan prosedur pelaksanaan klaim BPJS Rawat Inap berdasarkan SOP yang ada di RS UNS Klaim BPJS diawali dengan pemulangan pasien. Prosedur pemulangan pasien di V-Klaim berdasarkan SOP No 19/SPO.Org/2020 tentang Tata Cara Pemulangan Pasien di V-Klaim sebagai berikut :

1. Petugas harus login terlebih dahulu ke sistem V-Klaim.
2. Setelah berhasil masuk, pilih menu SEP dan kemudian pilih opsi "Update Pulang SEP".
3. Di halaman tersebut, pilih menu update tanggal pulang. Selanjutnya, cari SEP pasien dengan memasukkan nomor BPJS pasien. Setelah SEP pasien muncul, klik SEP tersebut lalu akan menampilkan formulir pemulangan pasien.
4. Pada formulir pemulangan pasien, pilih cara pemulangan yang sesuai dalam kolom "Status Pulang"
5. Pastikan bahwa tanggal pulang diisi dengan benar pada kolom "Tanggal Pulang".
6. Setelah semua kolom terisi dengan benar, simpan data tersebut dengan mengklik tombol "Simpan".
7. Setelah disimpan, sebuah pop-up pesan konfirmasi akan muncul .
8. Setelah dikonfirmasi, pemberitahuan sukses akan muncul dan data pasien tidak muncul lagi dipencarian.
9. Setelah prosedur pemulangan selesai, pasien diminta untuk mengisi kuisioner kepuasan pelanggan melalui aplikasi mobile JKN. Jika pasien belum memiliki aplikasi tersebut, pasien akan diarahkan ke bagian informasi untuk dipandu oleh petugas.

Setelah pemulangan pasien, prosedur berikutnya adalah entri klaim di aplikasi INA-CBGs berdasarkan SOP No 34/SPO.Yan/2022 tentang Tata Cara Entry Klaim Rawat Jalan dan Rawat Inap ke Software Aplikasi Ina-CBGs sebagai berikut :

1. Pastikan bahwa berkas klaim sudah terisi lengkap, jelas, terbaca, dan telah dikode oleh petugas kode.
2. Lakukan entri data Di SIMRS yang telah terkoneksi dengan INA-CBGs, dengan langkah:
 - a. Akses dengan menggunakan nomor rekam medis pasien.
 - b. Memastikan bahwa tanggal pelayanan dan nomor SEP sesuai dengan tanggal pelayanan.
 - c. Jika pasien adalah pasien rawat inap, petugas harus memastikan ruang dan kelas yang ditempati pasien, tanggal pulang, serta cara pulang. Nama DPJP juga harus disesuaikan dengan yang tercantum pada lembar resume pasien.
 - d. Jika pasien adalah pasien rawat jalan, petugas harus memastikan poliklinik yang dituju dan cara pulang sudah sesuai, serta mencocokkan nama DPJP dengan yang tertulis pada lembar casemix.
 - e. Masukkan diagnosis dan tindakan berdasarkan lembar resume atau casemix yang telah ditulis oleh DPJP.
 - f. Klik tombol E-Klaim 5.4 (F12) lalu klik simpan.
 - g. Masuk ke aplikasi INA-CBGs dan cari data pasien menggunakan nomor rekam medis atau nomor SEP. Klik "Kirim Online" untuk mengirimkan data tersebut.
 - h. Mencetak hasil keluaran dari INA-CBGs berupa lembar individual pasien.

Selanjutnya adalah prosedur penyerahan berkas klaim ke BPJS Kesehatan untuk proses verifikasi berdasarkan SOP No 26/RM.Yan/2018 tentang Penyerahan Berkas Klaim Rawat Jalan dan Rawat Inap ke BPJS Kesehatan untuk Proses Verifikasi sebagai berikut:

1. Siapkan berkas rawat jalan dan rawat inap selama satu bulan pelayanan yang akan diajukan berdasarkan tanggal pulang pasien.
2. Membuat Surat Pengajuan Berkas Klaim, yang mencantumkan nominal klaim pada satu bulan pelayanan yang diajukan.
3. Membuat Checklist Klaim yang memuat kesesuaian antara jumlah berkas yang diajukan dengan yang diajukan dalam aplikasi INA-CBGs.
4. Membuat Surat Pertanggungjawaban Mutlak yang ditandatangani oleh direktur rumah sakit dan diberi materai.
5. Membuat Surat Pemeriksaan oleh Tim Anti-Fraud, yang ditandatangani oleh Ketua Tim Anti-Fraud
6. Membuat Berita Acara Kadaluausa Klaim.
7. Membuat Laporan Pasien Naik Kelas, yang mencantumkan data pasien yang naik, kelas rawat pasien, dan rincian iuran biaya yang dibayarkan oleh pasien.
8. Membuat Laporan Kematian yang mencantumkan data pasien rawat jalan dan rawat inap yang meninggal dibulan pelayanan yang diajukan, serta melampirkan surat kematian pasien tersebut.
9. Menyerahkan berkas klaim rawat jalan dan rawat inap ke kantor BPJS Kesehatan, lengkap dengan surat-surat dan laporan yang telah dibuat.

Setelah itu prosedur terakhir adalah prosedur pengurusan Formulir Pengajuan Klaim (FPK) berdasarkan SOP No 22/RM.Yan/2018 tentang Pengurusan FPK (Formulir Pengajuan Klaim) sebagai berikut:

1. Menerima beberapa dokumen dari verifikator eksternal setelah verifikasi klaim selesai. Dokumen-dokumen tersebut meliputi Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim, Berita Acara Pengembalian Berkas, Berita Acara Serah Terima Klaim, dan Umpan Balik FPK.
2. Mencetak berkas tersebut dan ditandatangani oleh direktur rumah sakit.
3. Membuat kuitansi berdasarkan nominal klaim yang layak yang telah diverifikasi oleh verifikator eksternal, kemudian kuitansi tersebut ditandatangani oleh direktur rumah sakit.
4. Mebuat FPK Manual, yang berisi nominal klaim rawat jalan dan rawat inap yang layak setelah verifikasi, dan FPK Manual tersebut ditandatangani oleh direktur rumah sakit.
5. Berkas-berkas tersebut diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan.
6. Setelah diserahkan ke BPJS Kesehatan, berkas yang tidak layak dan dipending atau revisi diambil untuk dilengkapi dengan persyaratan yang kurang atau membutuhkan konfirmasi ke DPJP.
7. Melakukan checklist berkas klaim rawat jalan dan rawat inap yang dipending atau dinyatakan tidak layak oleh verifikator eksternal, sesuai dengan lampiran pada Berita Acara Pengembalian Berkas.
8. Menyerahkan perlengkapan surat-surat dan FPK Manual diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan.

Pengajuan klaim pertama adalah pengajuan reguler, sedangkan pengajuan kedua adalah untuk revisi dan susulan. Klaim yang tidak layak adalah klaim yang dikembalikan oleh BPJS saat pengajuan pertama. Klaim tidak layak bisa terjadi jika SEP pelayanan yang diklaim dinilai satu rangkaian antara rawat jalan dan rawat inap, sehingga salah satunya dinilai tidak layak. Pengajuan klaim revisi diajukan sekitar antara tanggal 20-25 dibulan berikutnya. Dispute adalah klaim yang belum disepakati dari pihak BPJS dengan rumah sakit. Dispute juga digunakan untuk menghindari klaim expired, dengan batas waktu 6 bulan sejak pelayanan.

Dalam pelaksanaannya alur dan prosedur klaim yang dilaksanakan di RS UNS Surakarta sudah sesuai dengan SOP yang ada. Dalam pengajuan klaim tidak pernah mengalami keterlambatan karena Kepala Ruang Penjaminan selalu berkomunikasi dengan pihak eksternal BPJS batas waktu yang ditoleransi, dan sejauh ini tidak pernah melampaui waktu yang sudah ditetapkan. Kendala yang ditemukan pada saat pengajuan klaim yaitu adanya peraturan jumlah klaim harus minimal 88%-90% dari jumlah SEP pada bulan tersebut maka apabila masih terdapat beberapa dokumen ditemukan ketidaklengkapan berkas klaim tetap diajukan, sehingga menyebabkan kemungkinan klaim itu dikembalikan karena tidak layak (pending klaim).

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Santiasih, dkk. 2021) Prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan untuk pelayanan rawat inap di RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai dilaksanakan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang berlaku. Seluruh informan mengetahui alur prosedur proses administrasi klaim BPJS, yakni dimulai dari tempat pendaftaran, lanjut ke dokter penanggung jawab pasien rekapitulasi rekam medik dilanjutkan proses billing, selanjutnya diperiksa oleh verifikator, lalu di input oleh petugas koding, dan terakhir proses scanning untuk dikirim ke pihak BPJS.

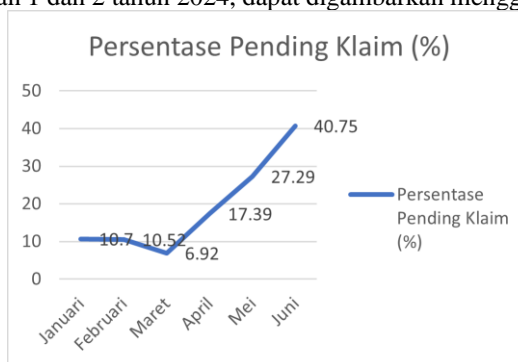
Data pending klaim (klaim tidak layak) BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit UNS Surakarta

Berdasarkan hasil penelitian pada Tribulan 1 (Januari-Maret) dan 2 (April-Juni) Tahun 2024, data pending klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit UNS Surakarta sebagai berikut:

Tabel 1. Data Pending Klaim BPJS Rawat Inap Tribulan 1 dan 2 Tahun 2024

No	Bulan	Jumlah Klaim Rawat Inap	Jumlah Data Pending Klaim	Persentase (%)
1	Januari	757	81	10,7
2	Februari	770	81	10,52
3	Maret	694	48	6,92
4	April	713	124	17,39
5	Mei	722	197	27,29
6	Juni	557	227	40,75
	Total	4213	758	17,99

Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa jumlah klaim pada Tribulan 1 dan Tahun 2024 sebanyak 4213 berkas klaim yang diajukan terdapat 758 berkas klaim (17,99%) mengalami pending atau tidak layak. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan jumlah pending klaim mengalami peningkatan setiap bulannya pada Tribulan 1 dan 2 tahun 2024, dapat digambarkan menggunakan grafik berikut ini:



Gambar 1. Persentase Pending Klaim BPJS Rawat Inap di RS UNS Surakarta

Berdasarkan Gambar.1 dapat diketahui pada Tribulan 2 tahun 2024 mengalami meningkatkan secara signifikan jumlah pending klaim di RS UNS Surakarta yaitu paling tinggi di bulan Juni sebanyak 40,75%. Berdasarkan hasil wawancara terhadap Kepala seksi penjaminan, hal itu dialami oleh semua RS saat ini yang mengalami kenaikan jumlah pending klaim. Faktor penyebab pending klaim BPJS Rawat Inap berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator Klaim BPJS Rawat Inap dan Verivikator Internal Rumah Sakit Penyebab klaim pending dapat dibagi menjadi tiga aspek utama: administrasi, koding, dan medis. Pada aspek administrasi, saat proses scanning biasanya dipastikan dokumen sudah lengkap. Namun, jika ada dokumen yang belum lengkap dan waktu pengajuan sudah mendesak, klaim tetap diajukan terlebih dahulu. Jika klaim tersebut kemudian dinilai pending, kekurangannya baru dilengkapi. Contoh lain adalah masalah terkait kelas perawatan. Misalnya, jika pasien dirawat di kelas 2 tetapi diinput sebagai kelas 3, klaim akan dipending.

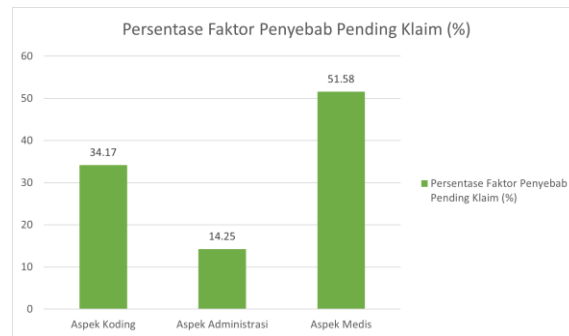
Pada aspek koding, masalah yang sering terjadi adalah pada kasus pneumonia dengan PPOK dimana kasus tersebut dapat dikode kombinasi. Tetapi jika PPOK yang dimaksud adalah PPOK eksaserbasi akut dimana kode yang digunakan adalah J44.1, maka tidak ada kode kombinasi antara pneumonia dengan PPOK eksaserbasi akut ini. Namun, BPJS menghendaki agar keduanya dikode menjadi satu kode, yaitu J44.0 sehingga menyebabkan klaim dipending. Pada aspek medis, contoh yang sering ditemui adalah kasus pneumonia. Berdasarkan Berita Acara (BA), pneumonia bisa dikoding jika ada hasil rontgen thorax yang positif ditambah dengan minimal dua gejala klinis. Tetapi BPJS mensyaratkan bahwa pneumonia harus sesuai dengan Pedoman Nasional Penatalaksanaan Klinis (PNPK) tentang pneumonia. Ketidaksesuaian ini juga dapat menyebabkan klaim dinilai pending.

Berdasarkan data Klaim BPJS Rawat Inap pada Tribulan 1 dan 2 Tahun 2024 dapat diklasifikasi sebagai berikut:

Tabel 2. Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Tribulan 1 dan 2 Tahun 2024

No	Faktor Penyebab	Jumlah	Persentase (%)
1	Aspek Koding	259	34,17
2	Aspek Administrasi	108	14,25
3	Aspek Medis	391	51,58
	Total	758	100

Berdasarkan tabel tersebut dapat dilihat faktor penyebab pending klaim tertinggi yaitu faktor Aspek Medis sebanyak 391 berkas (51,58%), kemudian Aspek Koding sebanyak 259 berkas (34,17%) dan Aspek Administrasi sebanyak 108 berkas (14,25%). Dapat dilihat pada gambar grafik berikut ini:



Gambar 2. Persentase Faktor Penyebab Pending Klaim

Berdasarkan data pending klaim pada Tribulan 1-2 Tahun 2024, faktor penyebab dilihat dari aspek Medis Sebagian besar disebabkan oleh kurangnya penatalaksanaannya, seperti contoh 1: *“Konfirmasi penatalaksanaan terapi kode pneumonia pada pasien sesuai KMK No 2147 Th 2023 tentang PNPK Tatalaksana Pneumonia pada Dewasa; Agar dijabarkan secara lengkap”*, Contoh 2: *Indikasi ranap? Sesuai KMK No. HK 11.17/MENKES/557/2118 PNPK Tatalaksana Katarak Pada Dewasa, Pada operasi ECCE (Hal. 21), Ukuran lensa yang dikeluarkan pada ECCE cukup besar, yaitu sekitar 9-12 mm, sehingga untuk menutup luka membutuhkan 5-7 jahitan”*. Contoh 3: *“Berdasarkan KMK 1186 tahun 2022 untuk penegakan GERD menggunakan Standar baku untuk diagnosis definitif GERD adalah dengan endoskopi saluran cerna bagian atas yaitu ditemukannya mucosal break di esophagus (Jika penegakan diagnosa GERD belum sesuai dengan KMK tersebut bisa dikode menggunakan kode suspect Z03)*.

Hasil tersebut sesuai dengan penelitian sebelumnya, bahwa pelaksanaan klaim berkas rawat inap di RSUD dr Rasidin Padang masih terdapat beberapa kendala. Salah satu kendalanya yaitu kelengkapan informasi formulir dan kelengkapan hasil penunjang (Oktamianiza, dkk. 2022). Laporan penunjang pasien rawat inap merupakan salah satu syarat penting dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Airlangga. Oleh karena itu, pasien rawat inap yang menjalani layanan penunjang harus melampirkan bukti laporan penunjang tersebut agar dapat diketahui estimasi biaya tambahan yang perlu ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan (Maulida E, Djunawan A. 2022). Alasan terbanyak terjadinya pengembalian klaim adalah karena diagnosis tidak didukung oleh tatalaksana dan hasil penunjang, dengan persentase mencapai 66%. Hal ini dapat disebabkan oleh dua faktor: kurangnya hasil penunjang atau proses terapi, serta perbedaan persepsi antara pihak rumah sakit dan BPJS (Sander A, dkk. 2022).

Dilihat dari aspek Koding Sebagian besar disebabkan oleh peraturan BPJS harus menggunakan kode gabung, seperti contoh 1: *“Konfirmasi koding PPOK dengan pneumonia dikode J44.0, contoh 2: “Konfirmasi kode dx penyebab cardiac arrest dan kode cardiac arrest (morbiditas) tidak dikoding”*, contoh 3: *“Konfirmasi terkait kode lebih spesifik (N18.1-N18.5) sesuai dengan hasil penghitungan GFR (berdasarkan kode ICD 10)”*. Hal ini sejalan dengan temuan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa ketepatan kode diagnosa (validitas) dapat mempengaruhi kelancaran dan persetujuan klaim INA-CBG's. Peluang kelancaran dan persetujuan klaim lebih tinggi apabila kode diagnosa yang digunakan tepat, dibandingkan dengan kode diagnosa yang tidak tepat. Sementara itu, faktor keandalan (reliabilitas) mempengaruhi proses penentuan dan pemberian kode diagnosa. Selain itu, kualitas pengkodean diagnosa juga menjadi salah satu penyebab terjadinya dispute klaim INA-CBG's. Ini menunjukkan betapa pentingnya kualitas pengkodean diagnosa dalam proses pembiayaan kesehatan, khususnya dalam pengajuan klaim INA-CBG's di Rumah Sakit. (Syafitri E, dan Novita D. 2021).

Hasil ini juga sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa faktor penyebab tertinggi adalah ketidaktepatan pemberian coding sebesar 43%, ketidaktengkapan berkas sebesar 23%, dan diagnosis yang tidak sesuai kriteria sebesar 34%. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi hal ini antara lain dengan memberikan surat tugas pelatihan coding, melakukan pendekatan kepada DPJP, serta melakukan sosialisasi kepada semua pihak yang terlibat langsung dalam penanganan pasien (Rohman H, dkk. 2021). Permasalahan yang ditemukan dari penelitian yang dilakukan adalah (1) Ketidaktepatan pengkodea serta tindakan yang telah diberikan kepada pasien, (2) Ketidaksesuaian pengisian atau penginputan data pasien, (3) Belum adanya SOP, tentang klaim BPJS rawat inap, (4) Terdapat beberapa scan yang tidak jelas, (5) Sering mengalami gangguan jaringan internet (Sari I dan Rukmini. 2022).

Dilihat dari aspek administrasi Sebagian besar disebabkan oleh ketidaktengkapan dokumen, seperti contoh 1: *“(KA) Konfirmasi terkait kelengkapan berkas pemeriksaan SHK pada klaim persalinan*. Contoh 2: *“Pasien pulang APS, dientri atas persetujuan dokter”*, contoh 3: *“(SP) Konfirmasi perawatan bayi baru lahir pada ruang non kelas (perinatologi), penagihannya kelas 3”*. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang mengungkapkan bahwa pengembalian berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai disebabkan oleh ketidaksesuaian atau ketidaktengkapan pengisian item-item dalam rekam medis serta kesalahan petugas dalam proses penginputan. Dampak dari

ketidakiengkapan berkas klaim BPJS adalah terjadinya pending klaim. Apabila terjadi pending klaim dapat menyebabkan keterlambatan pembayaran jasa medis. Hal ini memengaruhi kinerja pegawai rumah sakit dan berdampak pada kualitas pelayanan rumah sakit. Selain itu, aliran dana kas rumah sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terkirim tidak sesuai dengan yang diharapkan. (Santiasih, dkk. 2021).

Berkas yang tidak lengkap yang ditemukan dalam penelitian berasal dari berkas rekam medis pasien rawat inap. Berkas rekam medis rawat inap merupakan faktor yang sangat penting dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Airlangga. Kelengkapan berkas medis pasien rawat inap ini berhubungan dengan akurasi pemberian jaminan oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, penting bagi petugas untuk memeriksa kelengkapan rekam medis dan memastikan bahwa semua persyaratan klaim BPJS Kesehatan terpenuhi, agar pembiayaan dapat diberikan dengan tepat dan sesuai dengan jenis perawatan yang diperlukan (Maulida E, Djunawan A. 2022). Untuk meminimalisasi jumlah pengembalian klaim maka perlu dibuatkan checklist kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan. (Agiwahyuanto, dkk. 2022), (Kusumawati, dan Pujiyanto. (2020).

Analisis manajemen dengan menggunakan POAC (*planning, organization, actuating, dan controlling*) pada proses penanganan pending klaim BPJS pasien rawat inap.

1. *Planning* (Perencanaan)

Pelaksanaan *planning* (perencanaan) dalam penanganan pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit UNS Surakarta berdasarkan wawancara dengan responden (Kepala Seksi Penjaminan, Kepala Ruang Penjaminan dan Verifikator Internal) dapat dilihat dari data kasus pending klaim itu setiap bulan ada. Setelah pengajuan klaim maka akan ada konfirmasi pending dari BPJS. Dari konfirmasi tersebut kita lihat kasus nya apa saja. Apabila sudah ditelaah kasusnya ada hal-hal yang perlu dibahas dengan bidang lain seperti bidang pelayanan, bidang penunjang ataupun dengan dokter terkait.

Dengan bidang pelayanan biasanya dilakukan pendataan kasus berkas klaim yang mengalami pending sesuai keterangan dari verifikator BPJS. Dari hasil keputusan tersebut kita mungkin adakan pertemuan dengan DPJP, atau membuat surat edaran atau nota dinas, dan membuat keperluan sesuai konfirmasi seperti apabila ada berkas tertentu yang belum lengkap maka kita bahas dengan unit terkait untuk dilengkapi sesuai permintaan. Kita tidak selalu menyetujui apa yang dikonfirmasi oleh BPJS. Misalnya ada kasus pending dari sisi medis, kita bahas terlebih dahulu dengan dokter terkait (DPJP) melalui Komisi Staf Medis (KSM), apabila ternyata permintaan BPJS tersebut dilihat dari regulasi-regulasi yang berlaku tidak ada maka kita jelaskan ke pihak BPJS jika kita sudah sesuai dengan regulasi yang ada. Jadi tidak serta merta selalu kita setujui. Apabila memang dari sisi medis terdapat kekurangan, misalnya pihak BPJS meminta untuk dijelaskan secara terbuka atau rinci pada hasil pemeriksaan penunjang pasien untuk kasus-kasus tertentu, apabila tidak menyalahi medis kita ikuti sesuai permintaan BPJS tersebut.

Kasus pending dari BPJS itu ada yang kasusnya yang memang tidak ada atau kurang lalu kita tambahkan dan sesuaikan, tetapi juga ada kasus yang sebenarnya sudah ada dan kita tinggal konfirmasi ke pihak BPJS saja. Berikutnya kita laporkan lagi dari hasil yang sudah kita jawab itu apakah ada penurunan nominal, kasus mana saja yang terdapat penurunan nominal lalu kita buat informasi ke bidang terkait bahwa dari kesepkatan untuk menjawab klaim pending yang telah dibuat sebelumnya mana yang tidak masuk atau tidak sesuai, maka pada saat pengajuan klaim berikutnya tidak perlu diajukan lagi.

Ketika ada kasus yang sekiranya perlu dibahas seperti kasus pending yang berulang dengan kesalahan yang sama maka akan dianalisis dan disiapkan data klaim pending karena apa, jumlahnya berapa, dan nominalnya berapa yang kemudian akan dirapatkan untuk memutuskan solusinya. Data pending ini kita kelompokkan bulan ini yang dipending seperti apa lalu bulan depan kita hindari kesalahan tersebut sehingga tidak terjadi pending lagi. Jadi kita terus menghimbau kepada DPJP apabila memang masih ditemukan kesalahan pada kasus yang sama pada setiap bulannya. Pihak Rumah Sakit lebih banyak mengikuti revisi yang dilakukan oleh verifikator eksternal BPJS apabila itu memang aturan atau bukan masalah medis, tetapi kalau masalah medis itu dokter yang menangani pasien yang lebih mengetahui kondisi pasien jadi tidak selalu sepakat kalau masalah medis.

Perencanaan ini dikelompokkan berdasarkan kasus yang disesuaikan dengan jumlah nominal klaimnya, dengan unit-unit terkait mulai dari IGD, lab penunjang medis, bangsal, rehap medik, dan lainnya. Jadi semua bagian yang terkait difokuskan pada waktu pertemuan rapat pertama, nantikan akan diputuskan apakah hasilnya menggunakan Nota dinas atau dilanjutkan pertemuan berikutnya, misalnya hanya khusus per kasus sesuai KSM. Hasil pertemuan khusus akan menghasilkan perbaikan atau konfirmasi, antara lain perbaikan sistem, pembuatan form baru atau perbaikan berkas, perbaikan alur, sesuai dengan kasusnya. Apabila ditemukan pending dengan kasus yang sama maka perlu dihimbau kembali, ke bidang pelayanan. Ditanyakan Kembali kendala yang dialami oleh DPJP, apabila dokternya atau user yang lupa atau belum tahu berarti diingatkan difokuskan dan tanya apa penyebabnya, kendalanya apa dibahas dan dicari solusinya setiap bulan.

Jika dari aspek koding yang diubah itu kita menyesuaikan revisi dari pihak BPJS dan peraturan yang berlaku. Pemahaman setiap coder apabila beda kita lakukan persamaan persepsi yang dilakukan dengan pertemuan secara internal di bagian penjaminan atau bahas digrup wa. Menyesuaikan kasusnya setiap bulan. Kendala yang ditemukan koder biasanya tidak bisa membaca tulisan dokter, kejelasan pada resume seperti kelengkapan informasi yang menunjang sangat mendukung koder agar dapat mengkode dengan tepat dan akurat. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya terkait dengan pelaksanaan kode diagnosa penyakit masih terkendala dikarenakan resume yang tidak sesuai dengan status, data penunjang anamesa yang kurang, serta penempatan diagnosis utama dan diagnosis sekunder tidak tepat, pelaksanaan revisi klaim pending diperlukan waktu beberapa hari untuk ke dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Disamping itu koder masih kesulitan dalam membaca diagnosa dokter, sehingga mempengaruhi kualitas kode dan berdampak terhadap pending klaim (Oktamianiza, dkk. 2022).

Dari aspek administrasi kelengkapan rekam medis sangat dibutuhkan dalam pengajuan klaim, secara susunan rekam medis sudah lengkap tetapi secara klaim bisa jadi belum karena untuk pengajuan klaim dibutuhkan beberapa formulir casemix, seperti lampiran kronologi, resume harus memenuhi regulasi kaidah-kaidah medis dan koding, harus ada anamnesis, pemeriksaan penunjang, yang sebenarnya sudah ada tetapi baru di CPPT belum di tuliskan pada lembar resume. Jika untuk syarat pengisian secara kaidah koding dan medis sesuai Berita Acara secara umum itu sudah di edarkan tetapi tidak dimasukkan dalam SOP hanya di edarkan dalam bentuk nota dinas saja, karena regulasi klaim BPJS itu sering berubah-ubah

Berdasarkan hasil penelitian ini peneliti memberikan rekomendasi. Apabila ada regulasi baru maka bisa dibuat SOP tidak hanya edaran. Seperti SOP kelengkapan klaim JKN dan SOP kelengkapan klaim asuransi yang lain. Disini kalau ada regulasi baru atau hasil evaluasi pending klaim itu sudah di edarkan tetapi dalam bentuk nota dinas saja belum dimasukkan dalam SOP.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Santiasih, dkk. (2021), Kegiatan perencanaan mencakup pembuatan SOP khusus untuk pengisian berkas persyaratan klaim BPJS dan peraturan terkait, seperti penyusunan deskripsi pekerjaan yang lebih jelas dan terstruktur. Selanjutnya, SOP atau peraturan lainnya tersebut perlu disosialisasikan kepada semua petugas yang terlibat dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS (verifikator BPJS rumah sakit, tim dokter, tim perawat, dan tim koder BPJS/rekam medis). Selain itu, perlu diadakan rapat rutin setidaknya sekali seminggu untuk semua petugas yang menangani berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan. Sejalan juga dengan penelitian Nabila S F, dkk. (2020) Terkait Pelaksanaan yaitu proses pengklaiman dilihat dari alur yang ada telah sesuai dengan SOP yang berlaku serta pada analisis proses terkait Evaluasi yaitu mengadakan pertemuan rutin atau rapat bulanan.

2. *Organization* (Organisasi)

Berdasarkan dari hasil wawancara, dapat diketahui untuk kebutuhan SDM sudah memenuhi, tetapi untuk jobdesk kita belum ada yang khusus pending, khusus regular, khusus koding. Tapi kita sudah ada tim yang menangani pending rawat jalan dan rawat inap sendiri-sendiri. Juga ada tim audit sendiri. Ada 14 petugas tetapi yang mengerjakan klaim BPJS rawat inap ada 3 petugas, yang 2 tenaga rekam medis dan 1 verifikator internal dengan pendidikan Ns. dan yang lain mengerjakan yang rawat jalan. Petugas tidak hanya mengurus klaim BPJS tetapi juga klaim dari asuransi lain. Satu petugas bisa mengurus 2 asuransi, BPJS yang utama dan satu asuransi yang lain. Verifikator internal disini selain mengurus klaim BPJS kesehatan juga mengurus jasa ratarja. petugas rawat jalan ada yang memegang BPJS ketenagakerjaan, ada yang memegang admedika, dan ada yang memegang taspen. Selain itu juga ada yang memegang klaim alat kesehatan, ambulans, dan kantong darah. Jadi masih tumpang tindih untuk jobdesknya.

Berdasarkan hasil analisis peneliti merekomendasikan untuk pembagian jobdesk nya lebih jelas pembagiannya, agar petugas juga lebih fokus dalam mengerjakan tugasnya. Misalnya untuk petugas koder BPJS dibentuk tim petugas sendiri yang hanya mengerjakan tugas melakukan kodefikasi penyakit maupun Tindakan untuk kasus klaim, karena seorang koder dibutuhkan konsentrasi yang tinggi, sehingga dibutuhkan petugas khusus yang hanya menangani koding.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Santiasih, dkk (2021), perlu ditetapkan sasaran mengenai organisasi yang bertanggung jawab atas tugas pengisian berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan. Sasaran tersebut mencakup tim pengendali, yaitu tim perawat, tim dokter, koder atau rekam medis, serta verifikator BPJS rumah sakit yang memiliki keahlian masing-masing sesuai dengan tugasnya. Selain itu, dilakukan identifikasi terhadap sumber daya yang dibutuhkan dalam pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap, seperti komputer yang terintegrasi untuk memudahkan proses INA CBG's, lembar berkas persyaratan klaim BPJS, serta hasil penunjang lainnya. Hasil tersebut juga sesuai dengan penelitian sebelumnya terkait Pengorganisasian yaitu perlu dibuat job description khususnya pada petugas bagian coding. Pembuatan job description khususnya pada petugas bagian coding RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo agar dapat membantu mengelola sumber daya manusia yang ada serta petugas koding dapat mengerti batasan antar tugas yang mereka miliki (Nabila S F, dkk. 2020)

3. *Actuating* (Pelaksanaan)

Untuk pelaksanaan yang dilakukan RS UNS Surakarta dalam menangani kasus pending klaim, sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan. Apabila perencanaan sudah dilaksanakan tetapi masih ditemukan berkas pending klaim dengan kasus yang sama atau ketika dari BPJS mengembalikan dokumen untuk dikonfirmasi itu terdapat perbedaan nominal, itu yang menjadi pertanyaan kenapa bisa terjadi. Kasus tersebut dirapatkan antara bidang keuangan dan bidang pelayanan terlebih dahulu lalu rapat dilanjutkan dengan mengundang DPJP terkait sesuai dengan kasus pending dan disepakati solusinya. Itu lebih dikoordinasikan dan dirapatkan. Kita ada pertemuan rutin setiap bulan nanti kita bahas apa yang menjadi penyebab pending yang baru atau temuan audit dan lainnya lalu kita sepakati solusinya. Apabila setelah konfirmasi nominal tetap berarti sudah berjalan dengan baik hanya konfirmasi saja dengan BPJS. Laporan kita hanya sampai nilai klaim berubah atau tetap, belum kita bedah sampai kekurangannya apa, dimana, oleh siapa (user) yang melakukan kesalahan secara berulang.

Dari aspek koding dalam pelaksanaannya apabila ditemukan revisi dari BPJS maka akan dijawab dan dikerjakan sesuai dengan revisinya. Sebisanya mungkin dipertahankan koding yang awal dengan dasar yang kuat sehingga tidak ada perubahan kode supaya tidak ada penurunan tarif klaim. Pending klaim itu dikirim dalam bentuk excel nanti kita jawab sesuai pertanyaan di situ sebisanya dulu. Kalau bisa dijawab maka di jawab, tapi kalau sekiranya perlu pembahasan lebih lanjut, maka kita buat kesepakatan atau dirapatkan terlebih dahulu karena beresiko terjadi pengurangan tarif klaim dan bisa jadi merugikan rumah sakit sehingga perlu disepakati dulu jawabannya bagaimana. Dalam rapat evaluasi internal, misalnya ketika ada kasus koding yang masih banyak yang keliru maka saat rapat evaluasi internal akan dibahas bagaimana kode yang benar. Selain itu juga ada pelatihan tahunan dari bidang SDM.

Jangka waktu pengajuan revisi adalah maksimal 6 bulan. Biasanya mulai diajukan 2 bulan setelah ajukan reguler. Apabila revisi melebihi jangka waktu maka klaim tersebut akan expired. Untuk mencegah klaim expired maka akan di dispute karena dispute tidak ada batas waktu. Kalau berapa lama waktu revisi itu ditentukan oleh BPJS. Setiap bulan itu ada dua pengajuan, ajukan utama tanggal 15 dan pengajuan klaim pending itu sekitar tanggal 25-26 di akhir bulan. Klaim revisi itu diajukan di klaim pending itu. Misalnya sudah terbit FPK dan ada pending maka kita kerjakan dan sebelum tanggal 25 itu kita ajukan. Apabila proses revisi melebihi batas waktu itu biasanya ditagih dari BPJS. Verifikator external BPJS itu sudah menghubungi kita bulan ini pengajuan tanggal ini, jadi kita sudah siapkan tanggal sekian harus pengajuan. Sekarang itu ada semacam rapat dari BPJS. Jadi setiap bulan ada penilaiannya dan salah satu penilaiannya adalah dari kepatuhan pengajuan klaim. Jadi kalau tidak sesuai akan mempengaruhi rapat tersebut.

Dampak yang terjadi apabila terdapat pending klaim pada rumah sakit adalah penurunan nilai klaim. Saat pengajuan revisi selalu diusahakan untuk mempertahankan koding awal. Apabila tidak bisa dipertahankan maka klaim bisa dinilai tidak layak atau dibayar tetapi nominalnya turun. Dampak pada petugas adalah beban kerja bertambah karena harus mengerjakan revisi klaim yang pending. Dampaknya itu yang jelas pendapatan RS berkurang karena pengajuan sekian tetapi ada pending sekian jadi yang diterima hanya sekian. Lalu bisa jadi tidak terbayar karena tidak menemukan kesepakatan lalu dispute dan ternyata dispute nya ditolak maka tidak dibayarkan. Jadi kaitannya dengan pendapatan rumah sakit karena klaim dipending itu hampir selalu mengarahnya ke pengurangan biaya klaim.

Dalam tahapan pelaksanaan disini peneliti merekomendasikan untuk dilakukan analisis user yang menyebabkan pending klaim paling banyak, jadi tidak hanya per kasus yang menyebabkan penurunan nominal klaim tetapi spesifik kepada user yang menyebabkan, misalnya DPJP yang tidak patuh terhadap nota dinas yang sudah diedarkan dan menyebabkan pending klaim pada kasus yang sama. Diadakan rapat per DPJP atau KSM setiap bulannya, dan adanya reward dan punisimen bagi petugas. Sehingga memotivasi petugas dalam melengkapi persyaratan klaim baik itu dari aspek medis, koding maupun administrasi. Peneliti merekomendasikan untuk penerapan Rekam Medis Elektronik pada rawat inap untuk meminimalisasikan ketidaklengkapan pengisian pada rekam medis pasien, sehingga memudahkan petugas dalam menyiapkan syarat berkas pengajuan klaim. Penerapan RME ini juga akan mengurangi kesulitan koder dalam membaca tulisan dokter, sehingga dapat menentukan kode diagnosis dan Tindakan yang tepat dan akurat.

Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa upaya yang dilakukan oleh RSUD Dr. Soedirman Kebumen terkait masalah klaim BPJS Kesehatan yang tertunda adalah dengan meningkatkan kualitas SDM, khususnya petugas koding, melalui pelatihan dan sosialisasi tentang pembaruan kebijakan terkait klaim. Pengoptimalan kegiatan dilakukan dengan pembuatan SPO terkait klaim untuk meminimalisir kejadian pending klaim. Pihak rumah sakit juga terus melakukan evaluasi guna menekan pengembalian berkas klaim, dimulai dengan mengkomunikasikan masalah yang ada, berkoordinasi antara setiap bagian terkait, serta meningkatkan kinerja setiap bagian, mengikuti regulasi dengan baik, dan saling mengingatkan. (Pratama, 2023).

4. *Controlling* (Pengawasan)

Pengawasan dari sisi pending kita setiap bulan kita mendapatkan penilaian. Dari sana kita berlanjut kita melihat jumlah pending nya sekian, kasusnya apa saja. Untuk pengawasan dalam hal nilai itu ada tapi dari bidang keuangan karena kita hanya melihat jumlahnya. Jika masih proses maka kita barengan dengan bagian lain yang memberikan pelayanan misalnya seperti ada formulir-formulir yang belum ada maka kita lengkapi dulu. *Controlling* pada saat pasien masih rawat inap, jadi berkas nya belum disini. Di atas itu ada tim *controlling* yang antisipasi saat pasien dirawat dengan diagnosa apa nanti klaimnya berapa. Lalu juga mempersiapkan misalnya pasien dirawat dengan diagnosa apa maka penunjang apa saja yang harus dilengkapi.

Setiap ada regulasi baru kita sampaikan saat ada pembaruan. Untuk regulasi umum kita sampaikan ke semua nya saat ada pembaruan. lalu saat ada kasus baru, seperti apabila ada kasus A dan kasus B itu nanti regulasi baru kita sampaikan ke unit terkait saja, kasus A disampaikan ke unit A, kasus B disampaikan ke unit B. Jadi kita sampaikan ke yang berkaitan saja. Regulasi baru kita sampaikan saat ada pertemuan dan kita buat edaran. Hasil rapat akan dibuatkan nota dinas tentang kasus yang dirapatkan dan ketentuan yang disepakati. Nota dinas dibuat oleh bidang keuangan lalu diterbitkan oleh bidang pelayanan yang ditandatangani oleh direktur rumah sakit. Nota dinas tersebut akan disosialisasikan kepada DPJP terkait dari kasus yang terjadi dan nota dinas tersebut menjadi dasar pelayanan kedepannya.

Untuk pengawasan terhadap evaluasi pending klaim ini dijadwalkan pertemuan setiap bulan. Pertemuan tersebut ada tiga level, level satu pertemuan dengan kepala bidang, level dua pertemuan dengan internal bidang terkait, level tiga kita pertemuan dengan lintas bidang yang berlainan dengan bidang kita, untuk pertemuan level 1,2,3 sifatnya incidental, lalu level 4 itu rapat dari kepala bidang keuangan dengan kepala bidang lain dan seluruh staff dibawahnya, untuk pertemuan level 4 sifatnya sudah terjadwal.

Berdasarkan hasil analisis dalam kegiatan pengawas di RS UNS Surakarta, sudah terjadwal dengan baik. Peneliti merekomendasikan adanya pengawasan yang lebih terhadap petugas atau user yang menyebabkan berkas klaim mengalami pending secara personal tidak hanya secara general saja, agar meningkatkan kepatuhan petugas. 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. Menurut pendapat tersebut, seharusnya kegiatan di Rumah Sakit memerlukan manajemen yang efektif untuk mengelola semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya guna meningkatkan mutu pelayanan. Salah satu aspek penting dari manajemen ini adalah pengaturan seluruh kegiatan yang terkait dengan proses di era BPJS Kesehatan.

Penelitian ini sejalan dengan Nuraini N, dkk (2019), Proses penanganan klaim pending berdasarkan aspek *planning*, *organizing*, *actuating*, dan *controlling* masih belum berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain tidak adanya rincian pekerjaan dan *job description*, kurangnya motivasi dari pimpinan, serta tidak adanya jadwal supervisi pimpinan yang jelas. Untuk mengatasi hal tersebut, perlu disusun rencana kerja operasional dalam proses pengisian berkas persyaratan klaim BPJS, menyusun rincian pekerjaan dan *job description* dalam pengelolaan berkas klaim BPJS rawat inap, membuat SOP untuk mempermudah komunikasi antar petugas, serta menyusun jadwal supervisi pimpinan guna mempermudah staf dalam melaporkan informasi yang perlu disampaikan.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan dari 4213 berkas klaim yang diajukan terdapat 758 berkas klaim (17,99%) mengalami pending, yang dibagi menjadi 3 klasifikasi faktor yaitu Aspek Medis sebanyak 391 berkas (51,58%), kemudian Aspek Koding sebanyak 259 berkas (34,17%) dan Aspek Administrasi sebanyak 108 berkas (14,25%). Proses penanganan pending klaim berdasarkan aspek *planning*, *organizing*, *actuating*, dan *controlling* masih belum berjalan optimal. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pembagian deskripsi pekerjaan yang jelas dan belum adanya SOP terkait dengan penanganan pending klaim hanya diwujudkan dalam nota dinas, dalam evaluasi masih secara general dilakukan berdasarkan kasus tetapi belum berdasarkan user yang menyebabkan sehingga belum adanya reward dan punishment bagi petugas yang tidak patuh. Sebaiknya, Rumah Sakit menyusun SOP untuk pengisian berkas persyaratan klaim BPJS, dan membuat pembagian jobdesk yang jelas terutama bagian koding BPJS, serta penerapan RME Rawat Inap segera direalisasikan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Vokasi Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Republik Indonesia yang telah mendanai penelitian ini dan LPPM Universitas Duta Bangsa Surakarta yang memberikan dukungan atas penelitian sehingga dapat terselesaikan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, Setyana, Prasetya, dan Anjani, (2022). Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Jalan Kasus Radiotherapy di RSUD Tugurejo Semarang Periode Mei-Desember Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Vokasional*. 7 (2) : 119-128
- Fitriani Y, Hidayat B. 2023. Evaluation Of Pending Claims Bakti Timah Karimun Hospital In Assessing The Effectiveness Of The V-Claim Application. *Journal of Social Research*. 2 (4) :1100-1105
- Kurnia E, Mahdalena. 2022. Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X Periode Triwulan I Tahun 2022. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNAS)* Tahun 2022. page: 173-177
- Kusumawati dan Pujiyanto. (2020). Faktor – Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cermin Dunia Kedokteran (CDK)*. 47 (1) : 25-28
- Listiyawati, Wijayanti R A. 2022. Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN dengan Fishbone Diagram di RSUP Dr Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 10 (2) : 182-190
- Manurung J, Munthe S A, Bangun H A, Putri N. 2020. Analisis Pending Claim Pada Pasien Bpjs Kesehatan Di Rsdul Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2018. *Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial (TEKESNOS)*. 2 (2) :11-19
- Maulida E, Djunawan A. 2022. Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 21(6) : 374-379
- Mayori E, Deharja A, Nuraini N, Santi M W. 2021. Upaya Perbaikan Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pada Unit Rawat Inap Di Rsia Srikandi Ibi Jember Tahun 2019. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*. 2 (4) : 461-470.
- Muroli C, Rahardjo T, Kodyat A. 2020. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit*. 4 (1): 191-197
- Nabila S F, Santi M W, Deharja A. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*. 1(4) : 288-296.
- Nuraini N, Wijayanti R A, Putri F, Alfiansyah G, Deharja A, Santi M W. 2019. Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Jurnal Kesmas Indonesia*, 11 (1) : 24-35
- Oktamianiza, Reza I. 2022. Tinjauan Ketepatan Kode dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD dr. Adnaan Wd Payakumbuh Tahun 2021. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. 5 (1) : 37-45
- Oktamianiza, Yulia Y, Putri K, Rahmadhani, Aditiya. 2022. Faktor Penyebab Pending Klaim Pada Pasien Rawat Inap Di Rsdul Dr. Rasidin Padang Tahun 2022. *Jurnal Kesehatan Lentera 'Aisyiyah*. 5 (2) : 635-638
- Pratama A, Fauzi H, Indira Z, Adi P. 2023. Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*. 8 (1) :124-134
- Pemerintahan RI. 2016. *Permenkes No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Sander A, Indawati L, Widjaja L, Rumana N A. 2022. Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021. *SEHAT RAKYAT (Jurnal Kesehatan Masyarakat)*. 1 (4) : 387-398
- Santiasih, Simanjorang dan Satria (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rsdul Dr.RM Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*. 7 (2) : 1381-1394
- Sari I, Rukmini. Pengaruh Kelengkapan Persyaratan Klaim Pasien Bpjs Unit Rawat Inap Terhadap Keterlambatan Klaim Rsdul Majalaya. 2022. *Jurnal INFOKES*. 6 (1) : 14-20
- Syafitri E, dan Novita D. 2021. Analisis Keterkaitan Kualitas Koding Diagnosa Pasien Rawat Inap Dengan Dispute Klaim Ina-Cbg's. *Administration & Health Information of Journal*. 2 (1) : 43-50
- 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*. 8 (1): 72-83
- Utami Y, Tominanto, dan Sari. 2022. Factors Causing Pending Medical Record Claims For Inpatients At Tidar Public Hospital Magelang. Diseminarkan dalam *Proceeding of the 3rd International Conference Health, Science And Technology (ICOHETECH)*. Page: 253-262
- Yastori. 2021. Cases of Dispute and Pending Claims in Hospitals in the Era of National Health Insurance. *Proceeding 2nd International Conference On Medical Record (ICMR)*. E-ISSN: 2775-8680. Page: 32-38