



ANALISIS FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM AKIBAT KODING BERKAS PASIEN BPJS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA 2024

Ni Putu Ayu Tania Susan¹

¹Bali Mandara Eye Hospital

Jl. Angsoka No.8, Dangin Puri Kangin, Kec. Denpasar Utara, Kota Denpasar

Corresponding author: Ni Putu Ayu Tania Susan
Email: zanabmec@gmail.com

ABSTRAK

Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut mengirimkan klaim bulanan ke BPJS Kesehatan untuk mendapatkan imbal jasa atas pelayanan kepada peserta JKN, paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim ini diverifikasi oleh BPJS Kesehatan untuk memastikan keabsahan administrasi pelayanan. Penelitian ini bertujuan mengetahui faktor penyebab pending klaim berkas pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Mata Bali Mandara tahun 2024. Tujuan khususnya meliputi kelengkapan *resume* medis pasien rawat inap, persepsi *coder* dalam proses input data, dan gambaran sarana prasarana dalam proses coding. Penelitian dilakukan secara kualitatif dengan pendekatan *fenomenologi* di Ruang Koding Unit Rekam Medis Rumah Sakit Mata Bali Mandara dari Januari hingga April 2024. Populasi penelitian adalah petugas PMIK, dengan sampel 4 petugas PMIK dan 2 tim verifikator dari bagian keuangan. Data dikumpulkan melalui observasi dan wawancara mendalam dengan informan yang dipilih secara *purposive* dari Januari hingga Maret 2024. Hasil analisis menunjukkan beberapa faktor penyebab pending klaim diantaranya berkas yang tidak lengkap, seperti formulir klaim atau catatan medis. Ketidaktepatan coding diagnosis atau prosedur. Kurangnya pemeriksaan penunjang yang diperlukan. Ketidakterediaan bukti dokumentasi yang memadai. Tidak adanya *Standard Operating Procedure* (SPO) yang jelas. Untuk mengatasi masalah ini, diperlukan pembuatan *job description* khusus untuk petugas *coding*.

Kata Kunci: BPJS, Pending Klaim, Rawat Inap, Koding

ABSTRACT

Hospitals as advanced health facilities send monthly claims to BPJS Health to receive compensation for services to JKN participants, no later than the 10th of the following month. This claim is verified by BPJS Health to ensure the validity of service administration. This study aims to determine the factors causing pending claims for inpatient BPJS files at the Bali Mandara Eye Hospital in 2024. The specific objectives include the completeness of inpatient medical resumes, coders' perceptions in the data input process, and an overview of infrastructure in the coding process. The research was conducted qualitatively using a phenomenological approach in the Coding Room of the Medical Records Unit at the Bali Mandara Eye Hospital from January to April 2024. The research population was PMIK officers, with a sample of 4 PMIK officers and 2 teams of verifiers from the finance department. Data was collected through observation and in-depth interviews with informants selected purposively from January to March 2024. The results of the analysis show several factors causing pending claims including incomplete files, such as claim forms or medical records. Inaccurate coding of diagnoses or procedures. Lack of appropriate supporting examinations. required. Unavailability of adequate

documentary evidence. There is no clear Standard Operating Procedure (SPO). To overcome this problem, it is necessary to create a special job description for coding officers.

Keyword : BPJS, Pending Claim, Inpatient, Coding

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah Indonesia sejak 1 Januari 2014. Program ini bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh warga negara Indonesia memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas

Sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut, rumah sakit mengirimkan klaim setiap bulan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya kepada BPJS Kesehatan untuk mendapatkan imbal jasa atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN. Klaim tersebut kemudian diperiksa oleh verifikator BPJS Kesehatan untuk memastikan kebenaran administrasi pelayanan yang telah dilakukan oleh rumah sakit (BPJS Kesehatan, 2018). Ada 3 (tiga) tahapan dalam proses verifikasi, yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan (BPJS Kesehatan, 2018). Jika ada ketidaksesuaian, maka berkas akan dikembalikan ke rumah sakit atau terjadi penundaan klaim atau pending klaim (Maulida & Djunawan, 2022; Pratama et al., 2023).

Klaim yang belum disetujui oleh BPJS Kesehatan dan rumah sakit karena ada perbedaan pendapat tentang kaidah koding atau medis disebut pending klaim (BPJS Kesehatan, 2018). Pending klaim bisa diajukan kembali di bulan selanjutnya dengan batas waktu 6 (enam) bulan sejak berita acara *dispute* klaim dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan. Pending klaim berdampak pada *cash flow* rumah sakit yang tertunda sampai konfirmasi selesai. Hal ini juga berpengaruh pada pelayanan pasien, terutama ketersediaan obat. Oleh karena itu, perlu dilakukan identifikasi, analisis, dan perbaikan terhadap faktor-faktor yang menyebabkan pengembalian klaim rawat inap (Sahir & Wijayanti, 2022a).

Berdasarkan observasi data kunjungan pasien di Rumah Sakit Mata Bali Mandara pada bulan Januari 2024 didapatkan bahwa jumlah total berkas pasien BPJS berkas pasien BPJS rawat inap sejumlah 417 berkas. Dari total tersebut terdapat berkas pending klaim rawat inap sebanyak 18 berkas. Dari semua berkas

pending klaim terdapat 18 berkas yang tidak lengkap. Dengan demikian presentase berkas pending klaim rawat inap sebanyak 4,32% pada bulan Januari 2024. Dengan jumlah nominal uang yang tertunda dari berkas rawat inap sebesar Rp. 204.732.500. Penundaan klaim ini disebabkan oleh sejumlah faktor, termasuk masalah administrasi, kelengkapan *resume* medis pasien, pengkodean, dan lainnya namun permasalahan pengkodean masih menjadi penyebab yang dominan. Salah satu masalah yang ditemukan adalah ketidakakuratan pengkodean diagnosis dan prosedur, yang berkontribusi pada penundaan klaim. Dampak dari penundaan klaim ini adalah rumah sakit tidak menerima pembayaran klaim layanan kesehatan dari BPJS Kesehatan, yang pada gilirannya dapat mengurangi pendapatan rumah sakit dan mempengaruhi operasionalnya. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa penundaan klaim BPJS Kesehatan dapat mengganggu arus kas rumah sakit karena mayoritas pasien rumah sakit adalah peserta BPJS Kesehatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti melakukan telaah studi lebih mendalam mengenai faktor koding sebagai penyebab pending klaim berkas pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Mata Bali Mandara Tahun 2024.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan secara kualitatif dengan pendekatan fenomenologi di Ruang Koding Unit Rekam Medis Rumah Sakit Mata Bali Mandara dari Januari hingga April 2024. Populasi penelitian adalah petugas PMIK, dengan sampel 4 petugas PMIK dan 2 tim verifikator dari bagian keuangan. Data dikumpulkan melalui observasi dan wawancara mendalam dengan informan yang dipilih secara *purposive* dari Januari hingga Maret 2024.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Subyek dalam penelitian ini adalah petugas PMIK (Petugas *Coder*) yang berjumlah 4 orang beserta tim verifikator dari bagian keuangan berjumlah 2 orang. Berikut disajikan karakteristik subyek penelitian pada Tabel 1

Tabel 1 Karakteristik Subyek Penelitian

No	Keterangan	Jenis Kelamin	Usia
1	Koder 1	Perempuan	39 Tahun
2	Koder 1	Perempuan	31 Tahun
3	Koder 1	Laki-Laki	31 Tahun
4	Koder 1	Perempuan	27 Tahun
5	Verifikator 1	Perempuan	35 Tahun
6	Verifikator 2	Perempuan	40 Tahun

Identifikasi Tahapan Alur Klaim BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Mata Bali Mandara

Rumah Sakit Mata Bali Mandara sebagaimana membuat bentuk pelayanan kolektif berupa menjalin kerja sama dengan instansi/perusahaan pemerintah dan swasta. Kerja sama yang dimaksud bertujuan untuk mensukseskan program peningkatan derajat kesehatan agar mampu menciptakan tenaga yang potensial dengan kinerja dan produktivitas yang tinggi. Tujuan tersebut sejalan dengan BPJS Kesehatan yang berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Adapun maksud dilakukan perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit Mata Bali Mandara adalah untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan khususnya pemeriksaan mata tingkat lanjutan bagi peserta program jaminan kesehatan demi terselenggaranya jaminan kesehatan bagi peserta.

Perjanjian dalam pelayanan rawat inap tingkat lanjutan meliputi pemberian pelayanan kesehatan perorangan bersifat spesialisik atau sub spesialisik. BPJS Kesehatan, dalam melaksanakan fungsinya bertugas untuk membayarkan biaya manfaat kepada Rumah Sakit Mata Bali Mandara atas pelayanan kesehatan yang dilakukan kepada peserta JKN-KIS paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan oleh karena itu berhak untuk melakukan verifikasi terhadap tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan pihak kedua (Rumah Sakit Mata Bali Mandara). BPJS Kesehatan juga berkewajiban mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 hari kalender sejak klaim diajukan oleh pihak kedua dan diterima oleh pihak kesatu. Apabila BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara, maka berkas dinyatakan lengkap.

Kewajiban pihak kesatu (BPJS Kesehatan) terkait dengan pengajuan klaim berikutnya adalah memiliki petugas administrasi klaim untuk melakukan input tagihan pelayanan ke dalam *software* INA-CBG serta menyediakan aplikasi yang akan dipergunakan oleh pihak kedua untuk kepentingan proses pendaftaran pelayanan peserta JKN-KIS untuk pencetakan surat *elegibilitas* yang kemudian akan dilakukan integrasi dengan aplikasi sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM-RS) terbatas hanya berhubungan dengan administrasi klaim pihak kedua.

Rumah Sakit Mata Bali Mandara berkewajiban menyediakan aplikasi sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM-RS) yang mudah di akses oleh peserta untuk kepentingan proses administrasi pelayanan peserta JKN-KIS yang memenuhi persyaratan secara fungsional kemudian digunakan untuk integrasi dengan aplikasi pihak kesatu.

Identifikasi Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Pasien BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Mata Bali Mandara

Pada Rumah Sakit Mata Bali Mandara terjadi pending klaim pada bulan Januari 2024 hingga April 2024 berikut disajikan pada Tabel 2

Tabel 2 Perbandingan Jumlah Klaim dan Terpending BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Mata Bali Mandara

Bulan	Klaim	Pending	%
Januari	228	18	7.9%
Februari	167	12	7.2%
Maret	195	7	3.6%
April	207	22	10.6%
Rata-Rata	199	15	7,57%

Sumber: Data Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Mata Bali Mandara, 2024.

Berdasarkan data Tabel 2 diketahui bahwa rata-rata klaim yang dilakukan oleh Rumah Sakit Mata Bali Mandara selama bulan Januari hingga april 2024 sebanyak 199 rekam medis dan yang terpending setiap bulannya memiliki rata-rata 15 rekam medis atau 7,57% dari jumlah klaim yang dilakukan.

Pending Klaim merupakan salah satu tipe status klaim yang telah melewati proses verifikator oleh dokter BPJS Kesehatan pada proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang

bersifat tidak lengkap dan mengalami status tidak layak karena ketidaksesuaian dengan data. BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi pelayanan dan memastikan kesesuaian diagnosis serta prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9.

Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak diklaim, namun berkas yang tidak layak diklaim/pending harus dikembalikan ke rumah sakit untuk melalui tahap konfirmasi. Hal ini disebabkan karena adanya perbedaan diagnosis Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG's Edisi 2 disusun berdasarkan diagnosa dan prosedur terbanyak yang terdiri atas manual verifikasi terkait koding, aspek medis, dan administrasi. Diharapkan dengan adanya Manual Verifikasi Klaim INA CBG Edisi 2 ini dapat meminimalisir terjadinya dispute claim baik dari sisi koding, klinis, maupun administrasi (BPJS Kesehatan, 2018).

Berdasarkan hasil *checklist* komponen *resume* medis rawat inap, berikut disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Checklist Komponen Resume Medis Rawat Inap

No	Komponen Resume Medis Rawat Inap	Resume Medis	
		Lengkap	Tidak Lengkap
1	Anamnesa dan alasan dirawat.	95.83	4.17
2	Diagnosa utama.	75.00	25.00
3	Diagnosa sekunder.	66.67	33.33
4	Pemeriksaan penunjang.	72.92	27.08
5	Terapi yang diberikan ke pasien.	89.58	10.42
6	Prosedur tindakan yang diberikan ke pasien.	100.00	-

Sumber: Data Peneliti, 2024

Tabel 3 adalah *checklist* komponen resume medis rawat inap yang menunjukkan persentase kelengkapan beberapa elemen penting dalam *resume* medis rawat inap. Tabel ini terdiri dari beberapa komponen yang perlu diisi dalam *resume* medis dan menunjukkan apakah masing-masing komponen tersebut telah diisi secara lengkap atau tidak lengkap

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada petugas bagian koding dan verifikasi di Rumah Sakit Mata Bali Mandara identifikasi faktor penyebab pending klaim rawat inap di Rumah Sakit Mata Bali Mandara dalam idenifikasi sebagai berikut:

Berkas yang tidak lengkap

Ketidaklengkapan berkas pelayanan yang menunjang dengan diagnosis dan prosedur yang tidak dilampirkan pada saat klaim dapat menyebabkan pending klaim. Ketidaklengkapan 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. Ketidaklengkapan berkas yang sering menjadi penyebab adalah ketidaksertaan berkas identitas lengkap pasien, lembar billing yang sesuai kelas pelayanan, lembar rawat inap, laporan tindakan maupun resume medis. Dalam *resume* medis harus meliputi perjalanan awal hingga akhir perawatan, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang mendukung diagnosis (BPJS Kesehatan, 2018).

Ketidaktepatan Koding

Ketidaktepatan koding merupakan hal kedua yang menjadi penyebab pending klaim. Kode diagnosis digunakan untuk perhitungan pembayaran dana rumah sakit. Ketidaksesuaian kode penyakit dan tindakan yang diberikan oleh koder akan ditindak oleh pihak BPJS. Berkas klaim yang masih dipending harus menunggu sampai rumah sakit melakukan perbaikan *coding diagnose* dan prosedur sampai dengan diajukan kembali sebagai klaim susulan. Resume medis manual sering menjadi kendala karena harus menuntut penginputan ulang kedalam sistem INA CBGs. Oleh karena itu, penyebab kesalahan input dapat dikarenakan koder kurang teliti, atau tulisan yang salah diinput akibat tulisan tidak jelas, serta minimnya kemampuan petugas koder dapat menyebabkan pending klaim.

Hasil wawancara dengan empat coder mengenai tindakan yang dilakukan ketika menemukan ketidaksesuaian *coding* pada *resume* medis, dapat diidentifikasi beberapa

pola dan kesamaan dalam jawaban yang diberikan. Semua *coder* melaporkan masalah ketidaksesuaian *coding* kepada atasan atau pihak yang bertanggung jawab dalam tim koder atau kepala bagian rekam medis. Ini menunjukkan bahwa ada pemahaman yang jelas tentang *hierarki* pelaporan yang harus diikuti ketika menghadapi masalah ini. Jawaban menunjukkan konsistensi dalam memahami bahwa masalah ketidaksesuaian *coding* perlu dilaporkan ke tingkat manajemen yang lebih tinggi, baik itu kepala tim, koordinator, manajer, atau pimpinan bagian. *Fleksibilitas* ini mencerminkan bahwa para *coder* siap mengikuti prosedur pelaporan yang ditetapkan sambil tetap memiliki opsi untuk melaporkan ke berbagai pihak sesuai dengan tingkat keparahan masalah.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa para *coder* memahami prosedur pelaporan yang harus diikuti ketika menghadapi masalah ketidaksesuaian *coding* pada *resume* medis. Kesamaan dalam pelaporan kepada kepala tim, koordinator tim, atau manajer bagian rekam medis mencerminkan adanya struktur organisasi yang jelas dan prosedur yang telah diterapkan dengan baik. Variasi dalam jawaban juga menunjukkan fleksibilitas dalam pelaporan tergantung pada situasi dan tingkat keparahan masalah yang dihadapi. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sistem pelaporan yang ada sudah efektif dan dipahami dengan baik oleh para *coder*.

Kurangnya pemeriksaan penunjang

Laporan penunjang merupakan laporan dari suatu rangkaian pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap. Apabila laporan penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam pengajuan syarat klaim BPJS kesehatan pada verifikator BPJS maka akan dikembalikan untuk dilengkapi atau dilampirkan. Kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean menjadi salah satu faktor penyebab pending klaim. Persyaratan yang tidak disertakan dalam *resume* medis yang tidak terisi atau terlambat pengembaliannya sehingga memperlambat proses pengajuan klaim BPJS karena harus menunggu dokter mengisi terlebih dahulu penunjang seperti laporan hasil laboratorium, rontgen, kultur, rekam jantung yang digunakan untuk diagnosis akan menyebabkan dugaan diagnosis dan tatalaksana yang dilakukan dokter dianggap tidak tepat dan

menyebabkan berkas akan dipending (Sahir & Wijayanti, 2022).

Berdasarkan hasil wawancara dengan *Coder 1*, *Coder 2*, *Coder 3*, dan *Coder 4*, dapat disimpulkan bahwa rapat untuk menyamakan persepsi antara PPA dan tim koder terkait kode diagnosis dan tata laksana terhadap pasien sudah rutin dilakukan. *Coder 1* menjelaskan bahwa rapat tersebut sering diadakan, terutama ketika menghadapi diagnosis baru dan kasus baru. Tim koder langsung mengonfirmasi dan berdiskusi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Namun, masih ada masalah seperti ketidaklengkapan penulisan atau ketidaksesuaian kasus, yang sering kali disebabkan oleh pergantian residen yang sering dan kurang telitinya DPJP saat memverifikasi asuhan PPDS. *Coder 2* menegaskan bahwa rapat rutin diadakan untuk memastikan kesamaan persepsi dalam penanganan kode diagnosis. *Coder 3* juga menyatakan bahwa rapat koordinasi rutin diadakan untuk menyamakan persepsi dan memperbaiki proses. *Coder 4* menambahkan bahwa rapat koordinasi antara PPA dan tim koder dilakukan secara rutin untuk memastikan kesamaan persepsi.

Secara keseluruhan, semua *coder* menyatakan bahwa rapat koordinasi dan penyamaan persepsi antara PPA dan tim koder dilakukan secara rutin untuk memastikan keakuratan dalam penanganan kode diagnosis dan tata laksana terhadap pasien.

Kurangnya eviden terapi

Ketidaksertaan lampiran bukti perawatan pada saat dilakukan perawatan akan menyebabkan pending klaim. 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) (Rohman et al., 2021).

Hasil wawancara menunjukkan bahwa semua *coder* mengambil pendekatan yang sama dalam menangani ketidaksesuaian diagnosis dan nama tindakan pada *resume* medis, yaitu dengan mendiskusikannya langsung dengan dokter yang bersangkutan. Langkah ini menunjukkan pentingnya komunikasi dan kolaborasi antara tim koder dan dokter untuk memastikan akurasi dan ketepatan data medis. Kesamaan dalam pendekatan ini mencerminkan adanya prosedur standar yang

diikuti oleh para coder dalam menangani masalah ketidaksesuaian pada resume medis.

Pembahasan Hasil Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis terhadap fenomena pending klaim yang terjadi di Rumah Sakit Mata Bali Mandara selama periode Januari hingga April 2024. Jumlah klaim yang tertunda, serta persentase klaim yang tertunda terhadap total klaim setiap bulannya. Sebagai contoh, dalam bulan Januari 2024, terdapat 228 klaim yang diajukan, dengan 14 di antaranya tertunda, yang menghasilkan persentase tertunda sebesar 6.1%.

Ketidaklengkapan dokumen pelayanan, penelitian ini menyoroti beberapa aspek yang menjadi fokus utama. Ketidaklengkapan formulir klaim, laporan tindakan, dan resume medis menjadi masalah yang sering dihadapi dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Lebih lanjut lagi, hasil wawancara dengan petugas *coding* menunjukkan bahwa ketidaklengkapan berkas seringkali disebabkan oleh absennya informasi penting, seperti identitas lengkap pasien, laporan pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan penunjang. Prosedur standar yang telah ditetapkan dalam penanganan resume medis yang tidak lengkap melibatkan pengembalian berkas kepada dokter yang bersangkutan untuk dilengkapi, sebuah langkah yang dianggap penting dalam memastikan kelengkapan dokumen sebelum diajukan kembali sebagai klaim.

Ketidaktepatan koding juga menjadi sorotan dalam penelitian ini. Kesalahan dalam penulisan kode diagnosis atau tindakan dapat mengakibatkan penundaan klaim. Hasil wawancara dengan petugas coding, terungkap bahwa pelaporan masalah ketidaktepatan koding kepada atasan atau manajer bagian rekam medis menjadi langkah pertama yang diambil dalam menangani masalah ini. Proses pelaporan ini mencerminkan upaya untuk menjamin akurasi dalam penulisan kode-kode medis yang menjadi dasar pengajuan klaim.

Kurangnya pemeriksaan penunjang juga diidentifikasi sebagai faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya pending klaim. Absennya atau ketidaklengkapan laporan penunjang medis, seperti hasil laboratorium atau radiologi, menjadi kendala utama dalam proses klaim. Kolaborasi antara tim *coder* dan dokter menjadi sangat penting

dalam memastikan kelengkapan informasi medis yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim. Komunikasi yang efektif antara berbagai unit dalam rumah sakit menjadi kunci dalam menangani masalah ini.

Kurangnya eviden terapi juga menjadi penyebab terjadinya pending klaim. Ketidaktepatan atau kurangnya kesesuaian antara diagnosis dan tindakan yang tercatat dalam rekam medis dapat memperlambat proses klaim. Hasil wawancara dengan petugas coding menunjukkan bahwa komunikasi langsung dengan dokter yang bersangkutan merupakan langkah yang diambil dalam menangani ketidaksesuaian ini. Kolaborasi yang baik antara tim koder dan dokter sangat penting untuk memastikan akurasi dan ketepatan data medis yang diajukan.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa ada kesadaran akan pentingnya kolaborasi antara berbagai unit dalam rumah sakit, seperti antara tim koder dan dokter, serta pemahaman akan SOP yang telah ditetapkan untuk mengatasi masalah yang muncul. Terlebih lagi, penekanan pada kelengkapan dokumentasi, ketepatan koding, dan komunikasi yang efektif menjadi kunci dalam mengurangi jumlah pending klaim. Sehingga upaya untuk memperbaiki proses pengajuan klaim dan mengurangi jumlah pending klaim dapat dilakukan melalui peningkatan kesadaran akan pentingnya kelengkapan dokumentasi, pelatihan untuk meningkatkan keterampilan koding, serta peningkatan komunikasi dan kolaborasi antara berbagai unit dalam rumah sakit

SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis pada BAB sebelumnya maka dapat disimpulkan jika, faktor yang dapat menyebabkan berkas klaim menjadi tidak lengkap atau mengalami ketidaksesuaian antara informasi yang terdapat dalam catatan medis dan klaim BPJS yang pertama adalah Berkas yang Tidak Lengkap yaitu Dokumen yang diperlukan untuk proses klaim BPJS mungkin termasuk formulir klaim, catatan medis, hasil tes atau pemeriksaan, dan dokumentasi lainnya. Jika salah satu dari dokumen ini tidak lengkap atau tidak tersedia, proses klaim dapat terhambat.

Faktor kedua adalah ketidaktepatan koding. Kesalahan dalam koding diagnosis atau prosedur yang tidak sesuai standar dapat

mengakibatkan penolakan klaim oleh BPJS atau pembayaran yang tidak sesuai dengan yang diharapkan.

Ketiga kurangnya pemeriksaan penunjang. Tidak dilakukannya pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk diagnosis atau tindakan medis tertentu juga dapat menjadi penyebab klaim menjadi tidak lengkap atau tidak akurat.

Keempat Kurangnya Eviden Terapi. Ketidakersediaan bukti dokumentasi yang memadai untuk mendukung tindakan medis tertentu juga dapat menyebabkan klaim menjadi tidak lengkap atau tidak valid.

Kelima Tidak adanya SPO. Berdasarkan kesimpulan kuesioner diatas terkait permasalahan pemberian kode diagnosis dengan penyelesaian permasalahan pending klaim yaitu perlu dibuatkannya job description khususnya pada petugas coding.

DAFTAR PUSTAKA

- D Amran, R. (2023). Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit. *Health and Medical Journal*, 5(2), 147–154.
- BPJS Kesehatan. (2018). *Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG* (2nd ed.). BPJS Kesehatan.
- Djuari, L. (2021). *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press.
- Haryani Octaria, A.Md.PK, SKM, M.Kes. (2021). Modul Pembelajaran Praktek Pengkodean Penyakit. STIKES Hang Tuah Pekanbaru.
- Ikatan Ahli Urologi Indonesia. (2019). *Buku Panduan Koding ICD Pada Bidang Urologi* (Edisi ke-1). Jakarta: Ikatan Ahli Urologi Indonesia.
- Jayadie, A., & Parmi, dkk. (2020). *Pembiayaan Kesehatan*. Bandung, Jawa Barat: CV. Media Sains Indonesia.
- KARS. (2011). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes, R. (2009). Undang-undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. *Kemenkes RI*.
- Kemenkes RI. (2016). *Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes BPJS Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit. *Lembaran Negara RI*, 3.
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022a). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022b). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Nabila, S. F., Santi, M. W., Tabrani, Y., & 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), 519–528. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2157>
- Peraturan BPJS No 1. (2014). Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. (2014).
- Permenkes, R. I. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*.
- Permenkes RI No 27. (2014). Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z., & Purnama 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 (JIPIKI)*, 8(1), 124–134. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225>

- Rahayu, W. A. (2016). Kode Klasifikasi Penyakit dan Tindakan Medis (ICD-10). Yogyakarta: Pena Press.
- Rohman, H., Wintolo, A., & Susilowati, E. (2021). Analisis Penundaan Pembayaran Klaim Pada Sistem Vedika Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Nur Hidayah Yogyakarta. *Jurnal Wiyata: Penelitian Sains Dan Kesehatan*, 8, 72–83.
- Sahir, L., & Wijayanti, R. A. (2022). Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN Dengan Fishbone Diagram Di RSUP Dr Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 190. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v10i2.480>
- Sugiyono, & Mitha, E. P. (2020). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (1st ed.). Aldabeta.