

PENDING KLAIM KASUS SKIZOFRENIA RAWAT JALAN DI RSKJ SOEPRAPTO PROVINSI BENGKULU

PENDING CLAIMS IN OUTPATIENT SCHIZOPHRENIA CASES AT RSKJ SOEPRAPTO BENGKULU PROVINCE

Dwi Widyawati¹, Nofri Heltiani^{2*}

^{1,2}Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, STIKes Sapta Bakti Bengkulu, Indonesia
Korespondensi e-mail : nofrihelti11@gmail.com

ARTICLE HISTORY

Received [14 June 2024]

Revised [19 July 2024]

Accepted [15 August 2024]

KEYWORDS

Accuracy of Diagnostic Codes, BPJS, File Shortness, Pending, Schizophrenia

This is an open access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license



ABSTRAK

Ketidaklengkapan berkas dan ketidakakuratan kode diagnosa menjadi faktor penyebab terjadinya pending klaim. Hasil observasi terhadap 10 sampel berkas klaim kasus skizofrenia rawat jalan diketahui 3(30%) disetujui dan 7(70%) ditolak yang disebabkan 2 berkas tanggal SEP nya berbeda, 2 berkas tidak ada tanda tangan dokter penanggung jawab pasien pada lembar resume medis dan 3 bekas tidak tepat kode diagnosa sehingga berdampak terlambatnya proses pembayaran yang menyebabkan kerugian material bagi Rumah Sakit. Penelitian ini bertujuan mengetahui pending klaim kasus skizofrenia rawat jalan ditinjau dari kelengkapan berkas dan keakuratan kode diagnosa. Jenis penelitian adalah observasional dengan rancangan deskriptif dengan populasi dan sampel berkas pending kasus skizofrenia rawat jalan periode Januari dan Februari 2024 sebanyak 68 berkas. Data penelitian yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dengan cara observasi dengan menggunakan lembar observasi, kemudian data diolah dan dianalisis secara univariat dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian ini diketahui pending klaim skizofrenia rawat jalan ditinjau dari kelengkapan berkas dan keakuratan kode diagnosa yaitu 16(23%) pending disebabkan tidak lengkap berkas klaim 48(71%) pending disebabkan tidak akurat kode diagnosa serta 4(6%) pending disebabkan tidak lengkap dan tidak akurat kode diagnosa. Diperlukan upaya pemecahan masalah pending klaim dengan melakukan pembentukan tim verifikator internal untuk evaluasi dan mengoptimalkan kegiatan pengelolaan yang ada, serta berkomunikasi dengan pihak penanggung jawab bagian medis.

ABSTRACT

Incompleteness of files and inaccurate diagnosis codes are factors that cause claims to occur. From the results of observations of 10 samples of claim files for outpatient schizophrenia cases, it was found that 3(30%) were approved and 7(70%) were rejected because 2 files had different SEP dates, 2 files did not have the signature of the doctor in charge of the patient on the medical resume sheet and 3 used incorrect diagnosis codes, resulting in delays in the payment process which caused material losses for the Hospital. This study aims to determine pending claims for outpatient schizophrenia cases in terms of completeness of files and accuracy of diagnosis codes. The type of research is observational with a quantitative descriptive design with a population and sample of 68 pending outpatient schizophrenia case files for the period January and February 2024. The research data used is secondary data obtained by observation using an observation sheet, then the data is processed and analyzed univariately using a frequency distribution. The results of this research show that pending claims for outpatient schizophrenia are seen from

the completeness of the file and the accuracy of the diagnosis code, namely 16 (23%) pending due to incomplete claim files, 48 (71%) pending due to inaccurate diagnosis codes and 4 (6%) pending due to incomplete and inaccurate diagnosis code. Efforts are needed to solve the problem of pending claims by forming an internal verification team to evaluate and optimize existing management activities and communicate with the person in charge of the medical department.

PENDAHULUAN

Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam peningkatan kesehatan yaitu adanya badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat yang kemudian disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang merupakan implementasi penting dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 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, dengan metode pembayaran prospektif yang diterapkan merupakan pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan dimana besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan.

Pola pembayaran prospektif dikenal dengan *casemix* yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper* yang dikenal INA-CBG's dimana klaim akan dibayarkan oleh BPJS (Ardhitya, 2015). Sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Perogram Jaminan Kesehatan Nasional, hal-hal yang berpengaruh terhadap proses klaim BPJS yaitu berkas klaim tidak lengkap, isi klaim tidak sesuai dan waktu pengajuan berkas terlalu lama. Kelengkapan berkas pada pasien rawat jalan meliputi kelengkapan informasi rekam medis yang harus ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan kesehatan. Selain kelengkapan berkas, hal yang mempengaruhi kelancaran proses klaim BPJS yaitu kesesuaian kode antara lembar klaim (BPJS) dan resume medis (Rumah Sakit). Kode diagnosis dan tindakan yang dihasilkan harus sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM.

Menurut Departemen Kesehatan Tahun 2008 Tentang Petunjuk Teknik Administrasi Klaim dan Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat, bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu resume pemeriksaan, pelayanan pelayanannya penunjang diagnostik dan tindakan medik yang disahkan oleh dokter yang bertanggung jawab. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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.

Persetujuan klaim yang diajukan pada pihak BPJS dipengaruhi oleh kelengkapan administrasi dan ketepatan kode diagnosis dan tindakan antara lembar klaim (BPJS) dan resume medis (Rumah Sakit) sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM, kelengkapan persyaratan berkas klaim dan kelengkapan informasi medis yang harus ditandatangani Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Dalam pendokumentasian rekam medis kode diagnosis dan tindakan pada ICD-10 dan ICD-9-CM merupakan salah satu data penting yang digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan. Rekam medis harus dikode dengan hasil dapat dipercaya, benar dan lengkap serta dilakukan dengan tepat waktu sehingga dapat digunakan untuk pengambilan keputusan rekam medis (Oktavia, 2017).

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/321/2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan dijelaskan salah satu kompetensi utama perekam medis adalah klasifikasi dan koefikasi penyakit. Petugaskoding harus mampu bertanggung jawab terhadap kualitas kode yang diterima pasien. Menurut Purwati (2016) dalam penelitiannya mengatakan kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter serta profesionalisme koder. Penetapan dan penulisan diagnosis harus sesuai dengan ICD-10 merupakan tanggung jawab dokter, sedangkan petugas *coding* harus saling berkomunikasi dengan baik agar menghasilkan kodefikasi penyakit yang tepat dan akurat.

Kesehatan jiwa merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan secara umum serta merupakan dasar bagi pertumbuhan dan perkembangan manusia. Kesehatan jiwa membuat perkembangan fisik, intelektual dan emosional seseorang berkembang optimal selaras dengan perkembangan orang lain. Salah satu kesehatan jiwa yang masuk dalam special CMG yaitu



skizofrenia yang merupakan gangguan psikotik yang paling lazim terjadi dan memiliki prevalensi global cukup tinggi. Skizofrenia adalah masalah kesehatan jangka panjang yang memerlukan perawatan berkelanjutan. Artinya, penderita skizofrenia perlu menjalani perawatan seumur hidup untuk mengontrol gejala, mencegah komplikasi, dan membantu mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Per Januari 2022, WHO mencatat sekitar lebih dari 20 juta orang di seluruh dunia mengalami kondisi ini. Baik pria maupun wanita, keduanya sama-sama berpotensi untuk mengalami kondisi ini. Meski demikian, pada beberapa kasus, pria biasanya lebih dulu menunjukkan gejala skizofrenia dibandingkan wanita.

Menurut Davison (2010) skizofrenia merupakan gangguan psikosis yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku pikiran yang terganggu, berbagai pikiran tidak berhubung secara logis; persepsi dan perhatian yang keliru afek yang datar atau tidak sesuai dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang *bizarre*. Pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering sekali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi. Berdasarkan bahasa Yunani, skizofrenia merupakan gabungan dari dua kata yaitu *schizo* yang berarti terpisah dan *phren* yang berarti pikiran.

Apabila diagnosis dan penulisan diagnosis yang dicantumkan pada berkas rekam medis tidak tepat maka dapat mempengaruhi ketepatan dalam pengkodean dan dapat berdampak terhadap biaya pelayanan kesehatan. Hal ini dapat menunjukkan ketidakefektifan atau tidak ketepatan pengelolaan data pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan. Selain itu ketidakakuratan pengkodean juga berpengaruh terhadap kelancaran proses klaim yang menyebabkan berkas klaim yang diajukan mengalami *pending* sehingga berkas yang diajukan dikembalikan lagi oleh verifikator BPJS ke Rumah Sakit untuk diperbaiki (Made dkk, 2020).

Rumah Sakit Khusus Jiwa (RSKJ) Soeprapto Provinsi Bengkulu merupakan Rumah Sakit Jiwa milik Pemerintah Daerah kelas B yang memiliki pelayanan kesehatan Unit Rawat Jalan, Rawat Inap, Rawat Darurat, Rehabilitasi dan Kesehatan Jiwa Masyarakat serta telah meraih akreditasi paripurna KARS tertanggal 8 Januari 2018. Survei yang dilakukan peneliti di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu pada bulan Maret 2024 diketahui bagian *coding* rawat jalan memiliki petugas *coding* 1 orang dan belum memiliki petugas verifikasi berkas klaim, dan semuanya tidak memiliki latar belakang pendidikan rekam medis dengan masa kerja ≥ 5 tahun dan sudah mengikuti pelatihan kaidah koding INA-CBG's.

Berdasarkan Laporan Rawat Jalan diketahui jumlah kunjungan kasus skizofrenia pada tahun 2022 sebanyak 22.722 pasien dengan berkas klaim gagal *purify* 9.279 (41%) dan kunjungan tahun 2023 sebanyak 34.248 pasien dengan berkas klaim gagal *purify* 10.113 (30%) dan kunjungan tahun 2024 pada bulan Januari dan Februari sebanyak 3.388 pasien dengan berkas klaim gagal *purify* 247 (7,3%). Hasil observasi awal yang dilakukan terhadap 10 sampel berkas klaim kasus skizofrenia rawat jalan yang diajukan ke BPJS Kesehatan Cabang Bengkulu diketahui 3(30%) berkas pasien rawat jalan RSKJ Soeprapto Bengkulu disetujui dan 7(70%) berkas pasien rawat jalan RSKJ Soeprapto Bengkulu ditolak yang disebabkan 2 berkas tanggal SEP nya berbeda, 2 berkas tidak ada tanda tangan dokter penanggung jawab pasien pada lembar resume medis dan 3 berkas berkas tidak tepat kode diagnosa. Sehingga dikembalikan oleh verifikator BPJS ke Rumah Sakit untuk di perbaiki.

Kelengkapan berkas klaim dan keakuratan dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangat penting karena berkaitan dengan persetujuan klaim yang diajukan pada BPJS dan pembiayaan pelayanan kesehatan baik pembiayaan yang ditanggung sendiri maupun BPJS. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *casemix* Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu, diketahui berkas yang dikembalikan oleh verifikator BPJS disebabkan karena kode yang dibuat koder di lembar resume medis pada saat verifikasi klaim ternyata terdapat perbedaan dengan kode dari verifikator BPJS.

Koder telah membuat kode sesuai dengan diagnosis yang dituliskan oleh dokter. Namun, pada hasil verifikasi klaim BPJS pada saat analisis koding ditemukan beberapa kode yang tidak akurat dan tidak sesuai dengan peraturan serta berita acara BPJS sehingga mengalami gagal *purify* dan dikembalikan ke Rumah Sakit untuk diperbaiki. Serta ada juga berkas klaim yang dikembalikan karena tidak adanya pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

Sejalan dengan penelitian yang mengatakan bahwa penyebab berkas klaim yang beberapa kali dikembalikan dikarenakan informasi koding yang tidak tepat. Kelengkapan berkas klaim dan ketepatan kode menjadi persyaratan utama agar lolos verifikasi (Indawati, 2019). Menurut Irmawati, dkk (2018) dalam penelitiannya mengatakan berkas klaim yang tidak disetujui pihak BPJS dan dikembalikan pada pihak Rumah Sakit berdampak pada terlambatnya proses pembayaran klaim sehingga menyebabkan kerugian material, menurunkan mutu pelayanan rekam medis dan beban kerja tim *casemix* akan bertambah. Oleh sebab itu, sebelum klaim diajukan ke BPJS sangat penting untuk dilakukan evaluasi ulang oleh verifikator internal rumah sakit terhadap kelengkapan berkas klaim dan keakuratan kode sebelum diajukan ke BPJS sehingga klaim tidak dikembalikan dan langsung terverifikasi oleh BPJS.

Mengingat seringnya terjadi *pending* berkas klaim kasus skizofrenia rawat jalan saat pengajuan awal setiap bulannya, dikarenakan tidak lengkapnya berkas klaim dan tidak akurat kode diagnosa yang tertulis pada berkas klaim sesuai ICD-10 dan INA-CBG's, sehingga berdampak pada pengembalian berkas klaim untuk dilengkapi/diperbaiki, maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui mengetahui *pending* klaim kasus Skizofrenia rawat jalan ditinjau dari kelengkapan berkas dan keakuratan kode diagnosa.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah observasional dengan rancangan dekriptif kuantitatif dengan populasi dan sampel adalah berkas *pending* kasus Skizofrenia rawat jalan bulan Januari dan Februari 2024 sebanyak 68 berkas. Data penelitian yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dengan cara observasi dengan menggunakan lembar ceklist, kemudian data diolah dan dianalisis secara univariat dengan menggunakan distribusi frekuensi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Pending Klaim Skizofrenia Rawat Jalan Ditinjau dari Kelengkapan Berkas di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu

Tabel 1. Pending Klaim Skizofrenia Rawat Jalan Ditinjau dari Kelengkapan Berkas di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu.

Pending Kelengkapan Berkas Klaim	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak Pending (Lengkap)	48	71
Pending (Tidak Lengkap)	20	29
Jumlah	68	100

Sumber : Data Primer Terolah, 2024.

Klaim Rumah Sakit adalah tagihan yang berupa biaya atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien peserta asuransi dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan. Penyerahan data klaim maksimal tanggal 10 setiap bulannya dengan mengikuti kaidah persyaratan yang telah disepakati dalam perjanjian kontrak kerjasama. Klaim BPJS rawat jalan per-pasien di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu dianggap sah berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan penanggung jawab *casemix* adalah berkas klaim berupa:

1. Identitas Pasien (Fotocopy Kartu BPJS)
2. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
3. Resume Medis
4. Resep Obat
5. Form.Tindakan IGD (jika kondisi *emergency*)

Surat Eligibilitas Peserta (SEP) adalah surat yang membuktikan bahwa peserta ini adalah peserta yang masih aktif dan ditanggung oleh BPJS. Surat ini muncul disaat pasien datang dan mendaftar berobat ke Rumah Sakit, sehingga tanpa ada terbitnya SEP maka pasien tidak akan dilayani di Rumah Sakit. SEP digunakan sebagai salah satu persyaratan pengajuan klaim oleh Rumah Sakit ke BPJS.

Berdasarkan hasil penelitian tentang *pending* klaim skizofrenia rawat jalan ditinjau dari kelengkapan berkas di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu ditemukan 20(29%) *pending* (tidak lengkap persyaratan klaim). Alasan spesifik yang mendasari pengembalian berkas dengan aspek kelengkapan berkas dengan alasan konformasi yaitu tanggal terbit SEP tidak sesuai dengan tanggal berobat pasien sehingga menyebabkan *pending* klaim. Ketidaksiesuaian tanggal terbit SEP yang diinputkan dengan tanggal berobat pasien ini terjadi karena pada saat input data di software INA-CBG's masih secara manual belum *brigg*ing sistem, sehingga mengharuskan petugas lebih teliti dalam penginputan data pada software INA-CBG's.

Sejalan dengan Pitaloka & Ningsih (2021) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ketidaksiesuaian SEP disebabkan pada input data di software INA-CBG's masih manual belum *brigg*ing sistem, sehingga mengharuskan petugas lebih teliti dalam penginputan data pada software INA-CBG's. Sulaimana dkk (2019) juga mengatakan proses klaim mulai dari pemberkasan di bagian pelayanan masih bersifat manual sehingga klaim tidak pernah tuntas tiap bulannya dikarenakan kesalahan dalam input data. Menurut Afriani (2022) apabila berkas yang diklaim tidak memenuhi persyaratan atau jika terjadi ketidakiengkapan berkas maka klaim tang diajukan bisa berstatus *pending*.

Ketidakiengkapan berkas klaim menjadi salah satu penyebab pengembalian klaim karena berdasarkan Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2004 dijelaskan bahwa verifikator BPJS berhak melakukan konformasi kepada petugas apabila tidak adanya bukti-bukti, maka klaim dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki (Irawati dkk, 2018).

Berkas rekam medis pasien merupakan faktor yang sangat penting dalam pengklaiman BPJS. Kelengkapan administrasi berkas pasien ini menunjukkan kepada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS. Petugas klaim BPJS harus melakukan pemeriksaan kelengkapan administrasi berkas klaim untuk memastikan bahwa BPJS memberikan pembiayaan dengan tepat dan sesuai dengan spesifikasi jenis-jenis rawatan (Rahmatika dkk, 2020). Menurut Herman dll (2020) jika berkas klaim yang diajukan tidak lengkap, maka akan berdampak pada pengembalian berkas klaim sehingga menghambat pembayaran dari BPJS ke Rumah Sakit

2. Pending Klaim Skizofrenia Rawat Jalan Ditinjau dari Keakuratan Kode di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu

Tabel 2. Pending Klaim Skizofrenia Rawat Jalan Ditinjau dari Keakuratan Kode Diagnosa di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu.

Pending Keakuratan Kode Diagnosa	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak Pending (Akurat)	16	24%
Pending (Tidak Akurat)	52	76%
Jumlah	68	100

Sumber: Data Primer Terolah, 2024

Berdasarkan hasil penelitian di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu ditemukan pending klaim kasus skizofrenia rawat jalan ditinjau dari keakuratan kode diagnosa yaitu sebanyak 16(24%) tidak pending (kode diagnosa akurat) dan 52(76%) pending (kode diagnosa tidak akurat). Alasan spesifik yang mendasari pengembalian berkas dengan aspek koding yaitu konformasi kode diagnosa, perubahan kode diagnosa, salah kode diagnosa dan kronologis kejadian serta perbedaan konsep atau persepsi terhadap diagnosa dan koding antara dokter yang merawat dengan verifikator BPJS. Sejalan dengan Pratama, A dkk (2023) dalam penelitiannya mengatakan bahwa terdapat perbedaan konsep atau persepsi terhadap diagnosa dan kodingnya antara dokter yang merawat di Rumah Sakit maupun koder dan verifikator BPJS, sehingga dalam sistem INA-CBG's akan memicu besaran biaya yang diklaimkan ke BPJS.

Menurut Ariyanti (2023), pelaksanaan pengajuan klaim BPJS ditentukan petugas koding yang bertugas menentukan kode diagnosa dan tindakan serta menginputkannya ke dalam V-Klaim, dokter verifikator medis yang memverifikasi berkas sebelum dikoding dan petugas administrasi yang mengecek kelengkapan berkas pendukung sebelum diserahkan ke dokter verifikator medis, alur tersebut guna penentuan biaya pelayanan yang diberikan Rumah Sakit.

Sitorus dkk (2023) dalam penelitiannya mengatakan bahwa kode diagnosa berperan penting sebagai dasar penetapan biaya pelayanan kesehatan dan pengambilan kebijakan sehingga harus dijamin kualitasnya. Ketidakakuratan kode berdampak pada kualitas kode yang berpengaruh dalam keakuratan dan kekonsistensian kode diagnosa. Sejalan dengan Widaningtyas dkk (2024) keakuratan dalam pengkodean suatu penyakit dan tidandakan sangat penting karena terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Akurasi kode data klinis sangat menentukan kelancaran dari proses pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada pihak BPJS Kesehatan.

Penundaan pembayaran klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit merupakan hal yang tidak terhindarkan, Rumah Sakit pemerintah yang memiliki kunjungan pasien BPJS yang tinggi harus dapat melakukan manajemen klaim dengan baik agar dapat menjaga arus kas Rumah Sakit (Tarigan dkk, 2022).

3. Pending Klaim Skizofrenia Rawat Jalan Ditinjau Dari Keakuratan Kode di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu

Tabel 3. Pending Klaim Skizofrenia Rawat Jalan Ditinjau dari Keakuratan Kode Diagnosa dan Kelengkapan Berkas di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu

Pending Kelengkapan Berkas	Pending Kode Diagnosa			
	Tidak Pending (Akurat)		Pending (Tidak akurat)	
	n	%	n	%
Tidak Pending (Lengkap)	0	0	48	70
Pending (Tidak Lengkap)	16	24	4	6
Jumlah	16	24	52	70

Sumber : Data Primer Terolah, 2024.



Berdasarkan penelitian di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu diketahui pending klaim kasus skizofrenia rawat jalan ditinjau dari kelengkapan berkas dan keakuratan kode diagnosa yaitu sebanyak 52(76%) pending disebabkan kelengkapan berkas, 16(24%) pending disebabkan keakuratan kode diagnosa serta sebanyak 4(6%) pending disebabkan kelengkapan berkas dan keakuratan kode diagnosa. Adapun pending disebabkan kelengkapan berkas, terdapat alasan pengembalian yaitu 100% dikarenakan tanggal terbit SEP tidak sesuai dengan tanggal berobat pasien. Tanggal terbit SEP harus sesuai dengan tanggal berobat, jika tidak sesuai maka pihak BPJS akan mengkonfirmasi kembali kepada fasilitas pelayanan kesehatan. Sedangkan pending disebabkan keakuratan kode diagnosa, terdapat alasan pengembalian yaitu konfirmasi kode diagnosa, jika terdapat kode yang masih diragukan dan belum tepat maka pihak BPJS akan mengkonfirmasi kembali kepada fasilitas pelayanan kesehatan terkait kode tersebut. Verifikator BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim kasus skizofrenia rawat jalan kepada RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu dikarenakan adanya kelengkapan berkas dan keakuratan kode diagnosa yang menyebabkan tidak sesuai dengan ketentuan pada tahap verifikasi.

Menurut Semarajana dan Soewodo (2019), pending klaim mengakibatkan jumlah klaim yang dibayarkan oleh BPJS lebih kecil dibandingkanajuan awal klaim tersebut. Hal ini berdampak pada arus kas rumah sakit dan menimbulkan masalah pada penggajian karyawan, pembayaran layanan medis, ketersediaan obat dan pemeliharaan fasilitas Rumah Sakit dan peralatan medis dikarenakan hampir 90% pasien Rumah Sakit adalah pasien BPJS Kesehatan. Keterlambatan pembayaran akibat dari pending klaim menjadi kendala dalam operasional layanan, jika berlangsung terus-menerus dan dalam jangka waktu yang cukup lama akan menyebabkan permasalahan likuiditas Rumah Sakit sehingga pelayanan pasien menjadi lambat dan tidak maksimal (Ariyanti, 2023). Berdasarkan permasalahan tersebut diperlukan strategis sebagai upaya pemecahan masalah pending klaim di RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu, yaitu sebagai berikut:

1) Pembentukan Tim Verifikator Internal untuk Melakukan Sosialisasi dan Evaluasi

Rumah Sakit membentuk Tim Verifikator Internal sebagai upaya memperbaiki penyebab pending klaim BPJS termasuk penanggung jawab BPJS, koder dan pihak manajemen untuk melakukan sosialisasi dan evaluasi terkait peraturan dari pihak BPJS. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan yaitu membentuk tim *casemix* / tim INA-CBG's Rumah Sakit akan menjadi penggerak membantu melakukan sosialisasi, monitoring dan evaluasi implementasi INA-CBG's di Rumah Sakit.

Sosialisasi kepada koder mengenai Surat Edaran Nomor HK.03.03/Menkes/518/2016 Tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG's dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dan Surat Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG's Tahun 2019 perlu dilakukan untuk menambah pemahaman petugas dalam menyelesaikan permasalahan klaim.

2) Mengoptimalkan Kegiatan Pengelolaan yang Ada

RSKJ Soeprpto Provinsi Bengkulu harus selalu mengevaluasi untuk mengurangi timbulnya tidak lengkapnya berkas klaim, mulai dari selalu mengkomunikasikan segala permasalahan yang muncul ada dan berkoordinasi dari setiap bagian yang terkait, melakukan peningkatan kinerja setiap bagian, ikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan.

Menurut Nuraini, N dkk (2019) dalam penelitiannya mengatakan bahwa dalam pelaksanaan klaim yang tepat terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit 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. Dalam mencapai target yaitu proses klaim yang baik, Rumah Sakit dapat menggunakan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya yang dimiliki.

Kegiatan perencanaan meliputi penyusunan Standar Operasional Prosedue (SOP) khusus untuk memenuhi persyaratan dan peraturan klaim BPJS seperti uraian tugas yang lebih jelas dan terstruktur, kemudian mensosialisasikan SOP atau peraturan lainnya kepada seluruh petgas pengolah klaim BPJS (Auditor BPJS Rumah Sakit, Tim Dokter, Tim Keperawatan dan Tim Koding BPJS/Rekam Medis). Mengadakan pertemuan lebih rutin minimal satu minggu sekali untuk setiap petugas yang menangani klaim BPJS Kesehatan (Nabila, S.F dkk, 2020).

Selanjutnya tentukan target organisasi mana yang bertanggung jawab untuk melakukan tugas-tugas yang terkait dengan penyelesaian berkas klaim BPJS Kesehatan. Sasarannya adalah tim kontrol

yaitu tim keperawatan, kelompok dokter, petugas coding atau rekam medis serta petugas verifikator Rumah Sakit BPJS yang memiliki keahlian masing-masing sesuai fungsinya. Melakukan identifikasi sumber daya dalam menelora berkas klaim BPJS pasien rawat inap seperti komputer yang terintegrasi untuk memudahkan proses INA-CNG's, lembaran dokumen persyaratan klaim BPJS dan hasil penunjang lainnya (Pratama, A dkk, 2023).

Sejalan dengan penelitian Alfansyah dan Santi (2019) yang menyebutkan operasional Rumah Sakit membutuhkan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Salah satunya adalah manajemen yang dibutuhkan untuk mengelola semua kegiatan proses era BPJS Kesehatan. Penangann klaim yang tertunda dapat dilakukan dengan cara mengoptimalkan kegiatan pengelolaan yang ada, dengan asumsi berkas klaim yang lengkap tiding mengalami pending atau pengembalian berkas.

3) Berkomunikasi dengan Pihak Penanggung Jawab Bagian Medis

Pihak koder akan membahas dengan bagian medis mengenai berkas klaim BPJS yang masih pending. Jika hasil pembahasan Rumah Sakit tidak setuju dengan alasan pending verifikator BPJS Kesehatan. Namun jika setuju dengan alasan pending dari BPJS Kesehatan, maka pihak Rumah Sakit akan setuju dan mengikuti alasan pending tersebut.

Sejalan dengan penelitian Noviantri, L.W dan Sugeng (2016), upaya mengatasi penyebab tertundanya klaim BPJS Kesehatan adalah petugas memberikan informasi kepada pasien, petugas coding aktif berkomunikasi dan konfirmasi dengan dokter penanggung jawab pasien, petugas rekam medis mengupayakan untuk menambah sumber daya manusia. Selain itu, petugas secara rutin melakukan *back-up* data dan berkomunikasi dngan pihak BPJS Kesehatan.

KESIMPULAN

Pending klaim dapat disebabkan ketidaklengkapan berkas klaim dan ketidakakuratan kode diagnosa, dikarenakan kelengkapan berkas klaim dan keakuratan kode diagnosa memiliki peran penting dalam kelancaran verifikasi klaim dan menjadi dasar disetujuinya penagihan biaya verifikasi oleh BPJS kepada Rumah Sakit sehingga biaya perawatan dan pengobatan pasien dibayarkan tepat waktu oleh BPJS dan akan berdampak positif karena Rumah Sakit tidak mengalami kesulitan pada biaya operasional ataupun mengalami kerugian.

DAFTAR PUSTAKA

- Afriani, F., Noor, A.Y & Sugeng. 2022. *Analisis Penyebab Pending dan Tidak Layak Berkas Klaim Rawat Jalan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSKIA Sadewa Yogyakarta 2022*. Jurnal Permata Indonesia Vol.13 No.2 November 2022.
- Alfiansyah, G dan Santi, M.W. 2019. *Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember*.
- Ardhitya, T & Perry, A. (2015). *Faktor-Faktor yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim BPJS oleh Verifikator BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. Jurnal Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nusantoro Semarang.
- Ariyanti, D.J. 2023. *Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rekam Medis Rawat Inap di RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo*. Sipora (Sistem Informasi Polije) Repositori Aset.
- Budi, S. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quatum Sinergis Media.
- Gifari, M.T dan Ariyanti, F. 2019. *Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap*. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Vol.8 No.4, 2019.
- Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Edisi Revisi 2*. Jakarta: UI Press.
- Herman, L.N dkk. 2020. *Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap di RSUP DR.Hasan Sadikin*. J-REMI : Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Vol.1 No.4 September 2020.
- Indawati, L. 2019. *Analisis Akurasi Coding pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2016*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol.7 No.2.
- Irmawati, I., Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. 2018. *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD R.A Kartini Jepara*. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Vol.1 No.1.
- Made, I., Adiputra, S., Luh, N., Devhy, P., Intan, K., & Sari, P. 2020. *Gambaran Ketepatan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 pada Pasien Rawat Inap di RSUD Sanjiwani Gianyar*. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Vol.8 No.2.



- Megawati, L dan Pratiwi, R.D.2016. *Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS. PKU Muhammadiyah Yogyakarta.* Jurnal Kesehatan Vokasi (JKesVo) Vol.1 No.1, Oktober 2016.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/312/2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi kesehatan.* Jakarta: Menkes RI.
- Nabila, S.F dkk. 2020. *Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSIPN Dr.Cipto Mangunkusumo.* J-REMI Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Vol.1 No.1.
- Noviantri, L.W dan Sugeng. 2016. *Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho Vol.1 No.1*
- Nuraini, N dkk. 2019. *Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember.* Jurnal Kesemas Indonesia Vol.11 No.1.
- Oktavia, N. 2017. *Gambaran Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Pasien Jiwa dengan Skizofrenia Pada DRM Rawat Inap Ruang Murai B di RSKJ Soeprpto Bengkulu.* *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (Health Information Management)* Vol.2 No.2.
- Pedoman Pelaksanaan Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan [Internet]. Tersedia alam www.bpjs-kesehatan.go.id [Diakses 10 januari 2016]
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)* dalam Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 903/MENKES/PER/2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat.
- Pitaloka, S & Ningsih, N.I. 2021. *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat.* Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia Vol.12 No.1, Desember 2021.
- Pratama, A dkk. 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 Vol.8 No.1 Februari 2023.
- Putriani, 2014. *Pengertian Diagnosis Prognosis Mendengar dan Mendengarkan.* Yogyakarta : Alfabeta.
- Rahmatiaq, C., Sulrieni, I. N., & Novita Sary, A. 2020. *Kelengkapan Berkas Rekam Medis Dan Klaim BPJS Di RSUD M.Zein Painan.* Jurnal Kesehatan Medika Sainatika Vol.11 No.1
- Semarajana, I.N.G dan Soewondo, P. 2019. *Factors Related To Pending Claim in Indonesian National Health Insurance (JKN): A Systematic Review. Proceedings of Internasional Conference on Applied Science and Health No.4 2019 ICASH Research for Batter Society.*
- Sitorus, M.S dkk. 2023. *Hubungan Ketidaktepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap dnegan Pending Klaim INA-CBG's di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai.* Jurnal Kesehatan Tambusai Vol 4 No.4 Desember 2023.
- Sudra, R. 2013. *Rekam Medis.* Tangerang Selatan : Universitas Terbuka.
- Sulaimana, A., Meliala, A & Hendartini, J. 2019. *Pengembalian Berkas Klaim Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Kota Pontianak.* Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.22 No.1, Maret 2019.
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/312/2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
- World Health Organization. 2010. *International Stastistical Classification Of Disease and Related Health Problems Volume 2.* Swizerland : WHO Press.