

FAKTOR *PENDING* KLAIM BPJS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROVINSI NTB

[Anika Rizka Maisaroh]¹, [Lalu Sulaiman]², [Sismulyanto]³

¹anika95@gmail, ²sulaimanlalu@gmail.com, ³sismulyanto@yahoo.com

Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu,

ABSTRAK

Klaim yang tertunda (*pending*) di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan masalah serius yang dapat mengganggu kelancaran proses pelayanan kesehatan di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor penyebab dari penundaan klaim BPJS di rumah sakit. Metode penelitian yang digunakan adalah analisis data primer dan sekunder, melibatkan pengumpulan data dari rekam medis, wawancara dengan staf rumah sakit, dan analisis data klaim BPJS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa faktor menjadi penyebab utama dari penundaan klaim BPJS di rumah sakit. Faktor-faktor tersebut meliputi masalah administrasi, seperti kesalahan pengisian formulir klaim dan kelengkapan dokumen; kendala teknis dalam sistem komputerisasi rumah sakit yang tidak selaras dengan sistem BPJS; serta faktor-faktor eksternal seperti kebijakan dan regulasi yang kompleks. Implikasi dari temuan ini adalah perlunya tindakan perbaikan dalam sistem administrasi rumah sakit dan penyelarasan dengan sistem BPJS. Perbaikan infrastruktur teknologi informasi dan komunikasi juga penting untuk meminimalkan hambatan teknis. Selain itu, kolaborasi antara rumah sakit dan BPJS dalam merumuskan kebijakan yang lebih efisien dan transparan juga diperlukan untuk mengatasi masalah ini secara holistik. Penelitian ini kemudian dapat memberikan kontribusi pemahaman lebih lanjut terkait faktor-faktor yang mempengaruhi penundaan klaim BPJS di rumah sakit, serta memberikan dasar bagi pengembangan solusi yang lebih efektif dalam meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan kesehatan di Indonesia.

Kata kunci: Rumah Sakit, BPJS, Pending Klaim.

ABSTRACT

Pending claims at the Health Social Security Administering Agency (BPJS) are a serious problem that can disrupt the smooth process of health services in hospitals. This study aims to analyze the factors that cause delays in BPJS claims in hospitals. The research method used was primary and secondary data analysis, involving data collection from medical records, interviews with hospital staff, and analysis of BPJS claims data. The research results show that several factors are the main causes of delays in BPJS claims at hospitals. These factors include administrative problems, such as errors in filling out claim forms and completeness of documents; technical problems in the hospital's computerized system which is not aligned with the BPJS system; as well as external factors such as complex policies and regulations. The implication of these findings is the need for corrective action in the hospital administration system and alignment with the BPJS system. Improving information and communications technology infrastructure is also important to minimize technical obstacles. Apart from that, collaboration between hospitals and BPJS in formulating more efficient and transparent policies is also needed to address this problem holistically. This research contributes to further understanding of the factors that influence delays in BPJS claims in hospitals, as well as providing a basis for developing more effective solutions in improving the efficiency and quality of health services in Indonesia.

Keywords: Hospitals, BPJS, Pending Claims, etc

1. PENDAHULUAN

Peraturan Pemerintah (PP) Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumah-sakit memuat tentang definisi Rumah Sakit. PP tersebut menerangkan Rumah sakit sebagai sebuah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan perorangan secara paripurna yang menyediakan berbagai jenis pelayanan seperti: pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan menurut salah satu organisasi dunia dibidang Kesehatan yaitu *World Health Organization* (WHO), Rumah sakit adalah bagian integral dari organisasi kesehatan masyarakat yang memiliki fungsi memberikan pelayanan secara menyeluruh, menyembuhkan penyakit/*Kuratif*, dan melakukan pencegahan penyakit/*preventif* kepada masyarakat.

Rumah sakit sebagai sebuah institusi yang menyediakan pelayanan di dalamnya memiliki Kumpulan dokumen tetunya atau populer disebut rekam medis. Di dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 24 Tahun 2022 menerangkan rekam medis sebagai berkas atau dokumen catatan tentang identitas, pemeriksaan yang telah dilakukan, pengobatan, Tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien. Peran dan fungsi Rekam Medis tentu sangat penting karena dijadikan sebagai dasar pelayanan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam perkara hukum. Tidak hanya itu Rekam medis pun tentu dapat dimanfaatkan untuk kepentingan penelitian dan Pendidikan serta bahan pembuatan data statistik Kesehatan serta dijadikan sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan Kesehatan.

Terkait tentang biaya atau pembayaran Kesehatan terdapat salah satu Lembaga pemerintah yang dibentuk dalam rangka membantu masyarakat. Lembaga tersebut temuat di dalam UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Sistem Jaminan Sosial itu sendiri merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan untuk menjamin seluruh rakyat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Sistem pembiayaan BPJS Kesehatan menggunakan besaran tarif berdasarkan *Indonesian-Case Base Group* (INA CBGs). Tarif INA CBGs sendiri dikelompokkan berdasarkan pemberian kode diagnosis *International Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problems 10* (ICD-10) dan kode Tindakan ICD-9 CM. Sistem klasifikasi penyakit merupakan system pengelompokan penyakit dan prosedur sejenis menjadi suatu kesatuan nomer kode penyakit dan Tindakan yang sejenis dengan ICD 10.

Semua nama kelompok penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi Kesehatan akan sama di seluruh dunia dengan menerjemahkan sebagai huruf, angka, atau alfanumerik bergantung pada kode yang ada di ICD 10 (WHO). Selanjutnya, koding adalah suatu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau angka atau kombinasi keduanya yang mewakili komponen data. Penentuan kode atas diagnosis klasifikasi penyakit yang berlaku dengan menggunakan ICD 10, sedangkan ICOPIM dan ICD 9 CM digunakan untuk memberikan kode tindakan.

Berkas rekam medis yang tidak lengkap atau ketidaktepatan dalam penulisan kode diagnosis dan kode Tindakan itulah kemudian dapat menyebabkan berkas klaim menjadi tertunda/*pending*. Ketidaktepatan penulisan kode tersebut disebabkan adanya perbedaan persepsi antara koder dari rumah sakit dengan petugas verifikator BPJS. Kekeliruan penulisan kode diagnosis dan Tindakan tersebut kemudian

memberikan kontribusi atau pengaruh terhadap penentuan tarif-biaya klaim INA-CBGs sehingga berdampak kepada tarif INA-CBG yang tidak akurat.

Terdapat 2.216 berkas pengajuan klaim inap yang pada periode Juli 2023. Pada periode tersebut terdapat 332 berkas atau sekitar 15% dari keseluruhan data yang dikirim ke pihak BPJS mengalami pending. Berkas tersebut otomatis dikembalikan oleh pihak verifikator. 15% data yang dikembalikan tersebut senilai dengan Rp. 7.649.389.300, Sedangkan Pengajuan klaim rawat inap periode selanjutnya yaitu bulan Agustus 2023 diperoleh data sejumlah 2.462 berkas. Setelah dikirimkan ke pihak BPJS, terdapat berkas pending klaim sebanyak 470 berkas (19%) senilai dengan Rp. 14.284.293.300. Hal ini menunjukkan adanya kenaikan jumlah *pending* klaim yang terjadi di RSUD Provinsi NTB.

Pending klaim merupakan salah satu permasalahan antara Rumah sakit dan BPJS sebagai mitra untuk system pembiayaan. Permasalahan tersebut dalam implementasinya merupakan salah satu faktor yang sangat penting disamping adanya beberapa faktor lainnya. Permasalahan tersebut mengakibatkan dampak ke berbagai sektor. Tidak hanya klaim yang menjadi terhambat sehingga keuangan rumah sakit menjadi bermasalah tetapi juga berdampak kepada tidak tepatnya waktu pembagian jasa medis ke dokter, jasa pelayanan tenaga Kesehatan lainnya. Dampak-dampak tersebut kemudian mengakibatkan kekhawatiran akan mempengaruhi secara umum pelayanan dan pembiayaan di RSUD Provinsi NTB. Sehingga penelitian ini dilakukan untuk mengkaji faktor-faktor tersebut.

2. METODOLOGI

Jenis penelitian ini memanfaatkan pendekatan kualitatif deskriptif. Pendekatan ini

digunakan karena sesuai dengan definisi penelitian kualitatif itu sendiri dengan objek permasalahan untuk mendapatkan deskripsi keterangan narasumber berbentuk pernyataan-pernyataan yang sesuai dengan ruang lingkup penelitian. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang secara khusus berfungsi untuk mengkaji dan memahami makna. Makna tersebut berasal dari individu atau kelompok tentang masalah social ataupun personal. Adapun strategi yang digunakan dalam penelitian ini adalah mengembangkan analisis yang mendalam terkait suatu kasus, seperti program, peristiwa, aktivitas, proses maupun personal [1].

Adapun Lokasi penelitian ini yaitu Instalasi Sentralisasi Informasi dan Jaminan Pembiayaan (SIJAP) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB). Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember tahun 2023 setelah peneliti menerima surat ijin penelitian. Teknik pemilihan narasumber/informan yang digunakan yaitu menggunakan teknik *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan Teknik dalam pemilihan sampel oleh peneliti berdasarkan pengetahuan tentang judul penelitian atau berdasarkan situasi masalah yang sedang difokuskan untuk dikaji [2].

Pengambilan data menggunakan metode wawancara dilakukan dengan memanfaatkan instrumen berupa pedoman wawancara. Pedoman tersebut digunakan sebagai acuan melakukan wawancara secara mendalam tentang proses peng-inputan dan pengajuan *klaim* JKN pada pasien rawat inap RSUD Provinsi NTB. Selain wawancara peneliti juga melakukan telaah dokumen dengan mengobservasi berkas klaim berdasarkan pedoman yang sudah peneliti susun. Untuk memaksimalkan hasil dan interpretasi analisis data penelitian penulis juga memanfaatkan Teknik rekam dan catat.

Proses analisis data pada tahapan mereduksi data penelitian dilakukan dengan

klasifikasi data sesuai dengan tujuan penelitian. Kumpulan keseluruhan data atau data yang belum diolah/masih “mentah” yang diperoleh pada saat wawancara, observasi dan telaah dokumen selanjutnya akan di klasifikasikan. Klasifikasi pada tahapan ini dimaksudkan untuk digolongkan sesuai dengan kerangka berpikir dalam penelitian ini. Pengolongan tersebut yaitu *input* (petugas pelaksana administrasi JKN, teknologi informasi yang digunakan dalam proses pengajuan klaim termasuk kebijakannya), proses (pelayanan administrasi pasien JKN rawat inap, rekapitulasi dan administrasi klaim), serta *out-put* (berkas klaim JKN yang ditolak).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil observasi terhadap rekam medis klaim pending di RSUD Provinsi NTB dapat diketahui bahwa waktu pengembalian rekam medis dari ruang perawatan ke instalasi rekam medis hanya 44,7% yang dikembalikan tepat pada waktunya yaitu $< 2 \times 24$ jam. Artinya ketepatan waktu pengembalian rekam medis masih dibawah 50% sedangkan target capaian SPM yang seharusnya adalah 100%. Kelengkapan pengisian rekam medis pasien rawat inap hanya 37,6% yaitu masih sangat jauh dari capaian SPM kelengkapan pengisian rekam medis yang seharusnya 100%.

Kekonsistensian isi rekam medis hanya 42,3% yang seharusnya 100%, hal ini disebabkan oleh adanya keinginan DPJP untuk menaikkan tarif INA-CBGs dan ditemukan beberapa diagnosa yang tidak sesuai dengan kaidah penetapan diagnosa dan kaidah koding. Ketidaksesuaian pengadministrasian tersebut diukur berdasarkan Standar Pelayanan Minimal yang dinyatakan bahwa untuk pengisian dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan adalah ≤ 24 jam. Hal tersebut diatur dalam Kepmenkes RI No.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar

Pelayanan Minimal Rumah Sakit Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Sejalan dengan Kepmenkese RI Abdelhak (2007) menjelaskan efektivitas waktu sangat penting dalam arti dokumen rekam medis harus diselesaikan pada waktunya serta berisi data yang cukup untuk mengidentifikasi pasien [5]. Hal tersebut dilakukan untuk menghasilkan pengobatan yang tepat dan akurat sehingga dokumentasi hasil menjadi valid. Pendapat ahli lainnya menyatakan bahwa dokumen rekam medis dinyatakan lengkap keterisiannya apabila minimal terisi lengkap lembar ringkasan masuk keluar, *anamnesis*, tindakan dan diagnosis, *informed consent*, *resume medis* dan tanda tangan dokter yang merawat [4].

Tim pengelola klaim JKN di RSUD Provinsi NTB belum pernah mengikuti pelatihan-pelatihan terkait tupoksinya masing-masing terutama koder dan verifikator internal yang merupakan pemeran penting dalam pengelola klaim JKN. Proses verifikasi internal masih dikerjakan secara manual tanpa menggunakan aplikasi verifikasi.

Berdasarkan penelitian Baharudddin, Taher Alhabsyi dan Hamidah Nayati (2007) tentang pengaruh pelatihan terhadap prestasi kerja juga menunjukkan bahwa pelatihan berpengaruh pada prestasi karyawan karna memiliki kesempatan luas untuk mengikuti pelatihan yang disesuaikan dengan kompetensi [3]. Pencatatan rekam medis harus dibuat selengkap mungkin oleh dokter, tenaga kesehatan yang berwenang atau PPA untuk dapat melihat catatan perkembangan riwayat penyakit pasien dari awal hingga akhir secara kontinu.

Tugas dan tanggung jawab koder yaitu melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9CM untuk tindakan/prosedur dan ICD IM

(*Indonesian Modification*) tahun 2021 yang bersumber dari rekam medis pasien.

sistem pengawasan yang diterapkan dalam pengelolaan klaim JKN di RSUD Provinsi NTB belum dilaksanakan secara menyeluruh dan belum adanya tim khusus yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit untuk melakukan pengawasan terhadap pengelolaan klaim JKN.

Seharusnya dalam hal pengajuan klaim BPJS harus selalu dilakukan monitoring dan evaluasi setiap bulannya, atau dilakukan secara berkala. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dari pihak manajemen ini juga diharapkan dapat digunakan sebagai acuan terhadap penilaian kinerja karyawan di rumah sakit.

Apabila karyawan di rumah sakit telah menuntaskan pekerjaan dengan baik hendaknya pihak manajemen memberikan *reward* atas hasil kerja karyawan tersebut, dan sebaliknya apabila setelah dilakukan monitoring dan evaluasi namun tidak ada peningkatan terhadap kinerja karyawan rumah sakit, maka manajemen berhak memberikan *punishment* terhadap karyawannya.

4. SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan tujuan dan hasil penelitian yang sudah diuraikan pada poin V maka dapat disimpulkan: (1) Proses perencanaan pengelolaan klaim yang meliputi waktu pengembalian rekam medis, kelengkapan isi rekam medis, dan kekonsistensian isi rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB Tahun 2023. (2) Proses pelaksanaan pengelolaan persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB Tahun 2023 yang meliputi job description petugas pengelola klaim JKN. (3) Pelaksanaan pengelolaan rekam medis dan berkas persyaratan klaim meliputi penetapan diagnosa penyakit dan prosedur/tindakan, pelaksanaan analisis rekam medis, penetapan kode penyakit dan prosedur/tindakan, entry klaim pada aplikasi

INA-CBGs, pembuatan laporan klaim, dan proses pengajuan kembali klaim pending. (4) proses monitoring dan evaluasi terhadap berkas klaim pasien rawat inap yang di pending oleh BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB Tahun 2023.

Pelaksanaan pengelolaan rekam medis dan berkas persyaratan klaim belum sesuai dengan PMK nomor 26 tahun 2021 tentang pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan dan BA kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA-CBGs tahun 2020. Hal ini disebabkan karena (1) Penetapan diagnosa penyakit dan prosedur/tindakan oleh DPJP tetapi sebagian besar DPJP penulisan diagnosa dan prosedur/tindakannya belum lengkap, resume medis tidak ditulis secara jelas dan spesifik oleh DPJP. (2) Pelaksanaan analisis rekam medis dan berkas persyaratan klaim dilakukan terpisah dan tidak dilakukan analisa pada berkas persyaratan klaim oleh petugas analisa. (3) Penetapan kode penyakit dan prosedur/tindakan tidak hanya dilakukan oleh koder tetapi dilakukan juga oleh DPJP pada saat membuat resume medis. Kode yang ditetapkan oleh DPJP ada yang tidak sesuai dengan kaidah koding. (4) Proses entry data klaim pada aplikasi INA-CBGs dilakukan oleh tim pengentry dengan mengentry kode yang ditulis secara manual oleh petugas koder pada resume medis, hal ini beresiko salah menerjemahkan kode diagnosa. Agar proses pengajuan klaim berjalan efektif dan efisien pengentryan klaim sebaiknya dilakukan oleh petugas yang paham terkait kode ICD 10 dan ICD 9CM. (5) Pembuatan laporan klaim JKN untuk manajemen rumah sakit oleh petugas casemix dibuat setelah menerima berita acara umpan balik dari BPJS Kesehatan. (6) Proses pengajuan kembali klaim pending merupakan beban fisik dan beban moral yang berat bagi petugas casemix serta keterlambatan pengajuan

kembali klaim pending disebabkan karena petugas harus menunggu list konfirmasi pending dari verifikator BPJS Kesehatan.

Saran

Menyiapkan aplikasi Rekam Medis Elektronik (RME) yang sudah bridging dengan sistem BPJS Kesehatan, serta menugaskan kepada DPJP dan semua PPA yang terlibat dalam pengisian rekam medis untuk dapat melaksanakan SPM rekam medis dengan baik agar pengembalian rekam medis dapat dilakukan tepat waktu dalam keadaan terisi lengkap, terperinci, dan konsisten sehingga klaim pending dapat diminimalisir/ditiadakan.

5. UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih untuk pembimbing yang selalu mensupport dalam penulisan dan terselesainya jurnal ini. Penulis mengucapkan terimakasih.

REFERENSI

- [1] Creswell, John W, 2014, Penelitian Kualitatif & Desain Riset, Yogyakarta, Pustaka Pelajar
- [2] Lapau. 2013. Metodologi Penelitian: Yayasan Pustaka Obot Indonesia. Jakarta
- [3] Aris Baharuddin, Taher Alhabsyi, Hamidah Nayati Utami, “Pengaruh Pelatihan, Kompensasi dan Disiplin kerja Terhadap Prestasi Kerja karyawan (Studi Pada Kantor PT. PLN (Persero) Area Pelayanan dan Jaringan Malang)” jurnal profit Volume 6:2
- [4] Hatta, Gemala. (2008). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia
- [5] Abdelhak, M (2007). Health Information Menagement Of A Strategic Resource. Philadelphia: Elsevier inc.