

Gambaran Penyebab *Pending Claim* BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS)

Cindy Rozza Bella¹, Aldi Pratama², Arif Zaenal Abidin³

^{1,2} Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto

¹cindyrozzabella@ump.ac.id, ²aldhiipratama@gmail.com

³ Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret

³abieduns@staff.uns.ac.id

Keywords:

*Pending Claim,
BPJS Health,
Diagnosis code,*

ABSTRACT

In the process of submitting a BPJS Health claim, not all files submitted can be claimed. Claim status is declared ineligible or pending. A pending claim occurs if the claim file submitted by the hospital is incomplete or does not comply with the requirements set by BPJS Health. Delayed claims can disrupt hospital cash flow and cause losses for the hospital and BPJS Health participants. This research aims to describe the causes of pending claims at UNS Hospital. This research is a quantitative descriptive study with a population of 182 inpatients pending claim files at UNS Hospital for the period August-October 2023. The sample for this research is 78 pending claim files based on diagnosis code verification. The sampling technique is total sampling. Based on the data obtained, the number of files with coding confirmation is 78 pending claim files or 11.3% of the total pending claims in the period August – October 2023. This data shows that the majority of pending claim files are due to inaccurate diagnosis. The factor causing pending claims from BPJS Health inpatients at UNS Hospital occurs due to differences in perception between hospital staff and BPJS Health and is not purely due to coder error, but due to a lack of supporting data as a diagnosis enforcer which affects the accuracy of the code.

Kata Kunci

*Pending Claim,
BPJS Kesehatan,
Kode Diagnosis,*

ABSTRAK

Dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan, tidak semua berkas yang diajukan dapat terklaimkan. Status klaim dinyatakan tidak layak atau *pending claim* terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum lengkap atau tidak sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Pending klaim dapat mengganggu *cashflow* rumah sakit dan menimbulkan kerugian bagi rumah sakit maupun peserta BPJS Kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan penyebab *pending claim* di Rumah Sakit UNS. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan populasi adalah 182 berkas *pending claim* pasien rawat inap Rumah Sakit UNS periode Agustus-Oktober 2023. Sampel penelitian ini adalah 78 berkas *pending claim* berdasarkan verifikasi kode diagnosis. Teknik pengambilan sampel adalah *total sampling*. Berdasarkan data didapatkan jumlah berkas dengan konfirmasi koding sebanyak 78 berkas *pending claim* atau 11,3% dari total *pending claim* di periode Agustus – Oktober 2023. Data tersebut menunjukkan berkas *pending claim* yang paling banyak adalah karena ketidaktepatan kode diagnosis. Faktor penyebab pending klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RS UNS terjadi karena perbedaan persepsi antara petugas rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan dan bukan murni karena kesalahan koder, tetapi karena faktor kekurangan data pendukung sebagai penegakan diagnosis yang mempengaruhi keakuratan kode.

Korespondensi Penulis:

Cindy Rozza Bella, Telepon: +62851 5061 7174,
Universitas Muhammadiyah Purwokerto,
Email: cindyrozzabella@ump.ac.id

PENDAHULUAN

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan oleh BPJS Kesehatan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib [1]. Program JKN dilaksanakan di Indonesia pada awal tahun 2014, mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014.

Pelaksanaan program JKN di rumah sakit membatasi pelayanan kesehatan hanya pada pasien yang membutuhkan perawatan spesialisasi atau sub-spesialisasi [2]. Oleh karena itu, pengelolaan khusus di rumah untuk pelaksanaan program JKN sangat diperlukan [3]. Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang menjadi *provider* dalam program JKN [4] Rumah sakit yang menjadi provier program JKN, artinya bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sehingga dapat mengajukan klaim untuk selanjutnya dibayarkan oleh BPJS Kesehatan [5] Klaim BPJS Kesehatan adalah proses kolektif pengajuan biaya pengobatan peserta BPJS Kesehatan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan yang dilakukan setiap bulan. Klaim BPJS Kesehatan merupakan bagian penting dari implementasi program JKN [6].

Dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan, tidak semua berkas yang diajukan dapat terklaimitkan. Hasil final dari pengajuan klaim adalah berupa status “klaim layak” atau status “klaim tidak layak”. Status klaim dinyatakan tidak layak (*pending claim*) jika berkas klaim yang diajukan belum lengkap atau tidak sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan (Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan). Pending klaim dapat mengganggu *cashflow* rumah sakit dan menimbulkan kerugian bagi rumah sakit maupun peserta BPJS Kesehatan [7].

Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS) adalah Unit Pelaksana Teknis Universitas Sebelas Maret (UNS) yang merupakan unsur pendukung tugas Rektor di bidang pelayanan kesehatan. Rumah sakit UNS berfungsi sebagai wadah pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi. Rumah sakit UNS merupakan rumah sakit tipe C berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo Nomor 445/8426/VI/2016 tanggal 28 Juni 2016.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit UNS ditemukan berkas pending klaim pasien rawat inap pada bulan Agustus-Oktober 2023 sebanyak 183 berkas dari 2297 total pengajuan klaim pasien rawat inap program JKN. Terjadinya pending klaim dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya administrasi, medis, dan coding [8]. Permasalahan akibat coding masih ditemukan pada berkas pasien yang belum tepat dalam pemberian kode diagnosis maupun prosedur tindakan, hal tersebut menjadi salah satu penyebab terjadinya *pending claim*. Penelitian sebelumnya terkait gambaran penyebab *pending claim* di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS) belum pernah dilakukan, sehingga mendorong peneliti untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan judul “Gambaran Penyebab *Pending Claim* BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS)”.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan observasi. Populasi dalam penelitian ini adalah berkas *pending claim* pasien rawat inap Program JKN di Rumah Sakit RS UNS periode Agustus-Oktober 2023 dengan total 182 berkas *pending claim*. Sampel penelitian ini berfokus pada seluruh berkas *pending claim* karena kesalahan pada kode diagnosis yaitu 78 berkas *pending claim*. Teknik pengambilan sampel adalah *total sampling*.

HASIL PENELITIAN

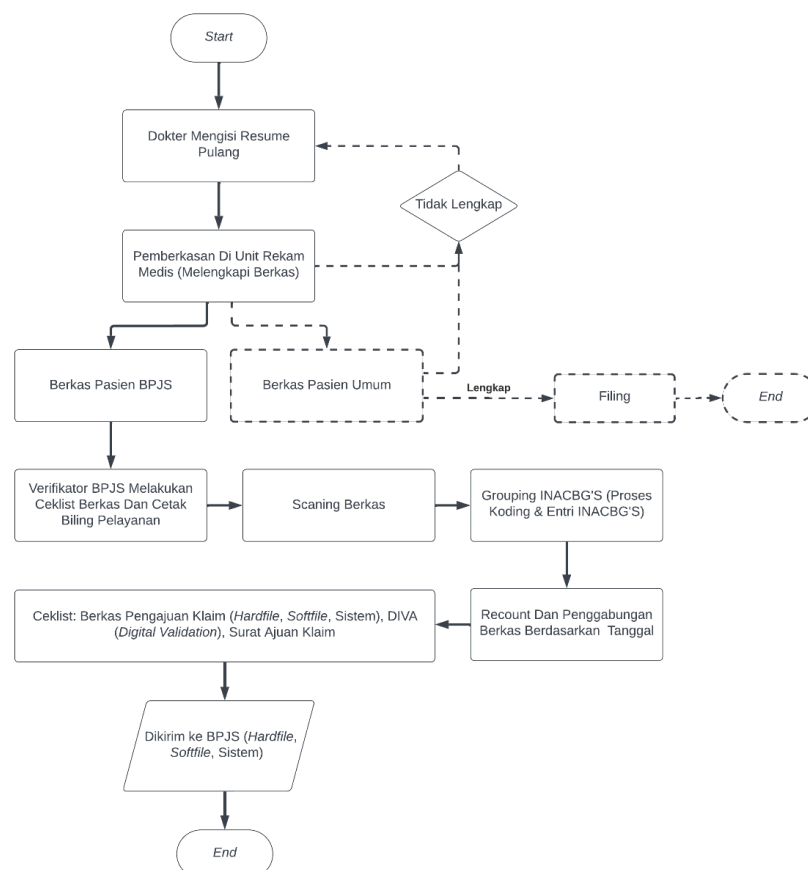
Rumah Sakit UNS merupakan rumah sakit yang bekerjasama dengan lima perusahaan asuransi seperti Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS tenagakerjaan, taspen, jasa raharja, mandiri *in health* serta pembayaran umum. Petugas pendaftaran di Rumah Sakit UNS melakukan proses pendaftaran pasien melalui SIMRS Rumah Sakit UNS yaitu PILAR Pendaftaran.

Pengelolaan data klinis dalam proses pergantian biaya dan manajemen klaim, metode pembayaran yang digunakan oleh perusahaan asuransi khususnya BPJS Kesehatan saat ini adalah dengan menggunakan metode pembayaran prospektif yaitu Casemix atau sistem *Indonesian Case Base Group's* (INA- CBGs). Pembiayaan prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan yang diberikan.

Proses pengajuan klaim di Rumah Sakit UNS dilakukan oleh Unit Penjaminan. Unit Penjaminan ini memiliki tugas dan wewenang yang berbeda dengan unit Rekam Medis, semua pengelolaan klaim asuransi menjadi tanggung jawab Unit Penjaminan. Dalam sistem pembayaran prospektif melalui sistem casemix dalam pengajuan klaim, pembayaran yang dilakukan oleh JKN mengikuti paket pembayaran yang sesuai dengan *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's). Disamping itu, penggunaan casemix dapat berfungsi sebagai rujukan bagi rumah sakit dalam melakukan penilaian terhadap berbagai pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

A. Alur Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit UNS

Berdasarkan hasil temuan, terdapat alur klaim BPJS Kesehatan rawat inap sebagai berikut:



Gambar 1. Alur Klaim Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret

1. Setelah pelayanan selesai dan pasien sudah dinyatakan pulang atas persetujuan dokter, dokter mengisi diagnosis dan tindakan pada lembar Ringkasan/Resume Pulang.
2. Berkas dikirim dari poli ke Unit Rekam Medis untuk kemudian dilakukan proses assembling.
3. Jika berkas sudah di assembling, selanjutnya berkas bisa dikirim ke Unit Penjamin untuk dilakukan proses scanning berkas.
4. Setelah itu petugas Unit Penjaminan melakukan proses *Coding & Grouping* INA-CBGs pada SIMRS Rumah Sakit UNS (PILAR Assembling) yang sudah bridging dengan sistem E-Klaim.
5. Kemudian, Admin melakukan penghitungan ulang/ceklist berkas pengajuan klaim dengan memastikan jumlah berkas klaim hard file, soft file, dan jumlah data pengajuan dalam sistem sudah sesuai.

6. Sebelum dikirimkan, Petugas di Unit Penjaminan melakukan konfirmasi *Digital Validation* (DIVA) dan membuat Surat Ajuan Klaim.
7. Setelah berkas sudah lengkap dan sesuai, serta jumlah DIVA sudah null, kemudian berkas hard file dan soft file pengajuan klaim dikirim ke kantor BPJS Kesehatan cabang Surakarta.

B. Data Triwulan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit UNS

Setelah melakukan penelitian didapatkan data pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit UNS pada periode bulan Agustus-Oktober. Selama periode pelaporan, rumah sakit telah mengajukan klaim BPJS Kesehatan dengan jumlah 12.788 pada bulan Agustus, 12.435 pengajuan pada bulan September dan 13.057 pengajuan pada bulan Oktober. Berikut adalah data jumlah pengajuan klaim BPJS Rumah Sakit UNS pada periode bulan Agustus- Oktober:

Tabel 1. Data Triwulan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan RS UNS

Bulan	Pengajuan Klaim		Jumlah
	Rawat Jalan	Rawat Inap	
Agustus	12.048	740	12.788
September	11.658	777	12.435
Oktober	12.277	780	13.057
Total	35.983	2.297	38.280

Berdasarkan **Tabel 1.** Data Triwulan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan RS UNS, Jumlah tersebut menunjukkan peningkatan jumlah pengajuan pada bulan Oktober sebesar 5% dibandingkan dengan bulan September. Peningkatan yang terjadi dapat mencerminkan beberapa hal, seperti meningkatnya jumlah pasien yang menggunakan BPJS, meningkatnya kualitas pelayanan rumah sakit, atau meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya asuransi Kesehatan.

Tabel 2. Data Triwulan *Pending Claim* BPJS Kesehatan RS UNS

Bulan	<i>Pending Claim</i>		Jumlah
	Rawat Jalan	Rawat Inap	
Agustus	628	64	692
September	884	68	952
Oktober	785	50	835
Total	2.297	182	2.479

Berdasarkan **Tabel 2,** dari jumlah pengajuan klaim pada periode Agustus-Oktober, didapatkan data pengembalian klaim dengan status pending sebanyak 692 berkas pending pada bulan Agustus, 952 berkas pending pada bulan September, dan 835 berkas pending pada bulan Oktober. Dalam periode bulan Agustus-Oktober terdapat penurunan jumlah pending klaim pada bulan Oktober sebesar 12% dari bulan September.

PEMBAHASAN

Rumah Sakit UNS menggunakan sistem pembiayaan prospektif. Sistem ini menggunakan klaim yang nantinya akan mendapat penggantian biaya dari pihak asuransi yang dimiliki oleh pasien [9]. Sesuai dengan PMK No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, klaim merupakan tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang telah diberikan dengan jumlah yang telah disepakati dalam perjanjian. Perjanjian yang dimaksud adalah perjanjian

yang telah disepakati oleh pihak-pihak terkait dalam kontrak kerjasama yang telah disepakati sejak awal [10]. Ada beberapa faktor-faktor pengembalian berkas klaim, salah satunya terkait dengan pengelola data klinis yang didapat dari diagnosis dan tindakan [11].

Koding merupakan penghubung diagnosis dan tindakan secara klinis medis dengan kode grouper pada aplikasi INA-CBGs. Selanjutnya berdasarkan kode tersebut, ditentukan besaran klaim. Informasi medis yang terdapat dalam resume medis membantu koder dalam pengkodean diagnose dengan tepat berdasarkan ICD-10 serta didasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Nasional [12].

Ketepatan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem case-mix (PMK 26 Tahun 2021). Penelitian oleh Chatarina (2020) menyatakan penentuan kode sangat berpengaruh pada hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG yang akan memunculkan jumlah biaya klaim yang akan diterima oleh rumah sakit, sehingga penentuan kode diagnosa dan prosedur harus disesuaikan dengan ketentuan BPJS Kesehatan [13].

Faktor diagnosis dan tindakan dalam prosedur pembayaran atau klaim sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem casemix, faktor kodifikasi diagnosis maupun tindakan, dimana faktor inilah yang digunakan untuk menentukan tarif adalah dengan pedoman ICD-10 untuk penentuan diagnosis [11]. Hal ini juga sejalan dengan yang disampaikan oleh BPJS Kesehatan yang menjelaskan bahwa pihak verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9. Penulisan ini juga harus lengkap dan spesifik serta dengan bukti penunjang yang membuktikan bahwa benar pasien memiliki diagnosis tersebut, apabila ada kesalahan penulisan diagnosis itu akan mempengaruhi tarif klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit kepada perusahaan asuransi. Berdasarkan informasi yang didapatkan dari hasil praktik dilapangan, terdapat beberapa hal lain diluar paket penjaminan pelayanan kesehatan INA- CBGs (LUPIS) yang bisa di klaimkan oleh rumah sakit ke pihak BPJS Kesehatan. Antara lain yaitu kantong darah, alat kesehatan (Penggunaan alat bantu pernapasan, alat bantu jalan, *arm sling*, *neck collar*), ambulan rujukan, dan obat untuk penyakit kronik yang di klaimkan melalui sistem apoteker *online*.

Penurunan angka pending klaim dapat menunjukkan beberapa hal, antara lain:

1. Peningkatan efisiensi proses klaim Jika proses klaim menjadi lebih efisien, misalnya melalui peningkatan kualitas data atau peningkatan kinerja verifikator, angka pending klaim dapat berkurang [5].
2. Peningkatan kualitas berkas klaim Berkas klaim yang lengkap dan akurat dapat mengurangi jumlah klaim yang tertunda. Jika ada peningkatan dalam kualitas berkas klaim, ini bisa berarti penurunan [5].

Namun, perlu diingat bahwa penurunan angka *pending claim* mungkin tidak selalu menunjukkan peningkatan. Misalnya, jika penurunan disebabkan oleh penurunan jumlah klaim yang diajukan, ini bisa menunjukkan masalah lain, seperti penurunan penggunaan layanan kesehatan. Oleh karena itu, penting untuk selalu melakukan analisis menyeluruh untuk memahami penyebab sebenarnya dari perubahan dalam angka *pending claim* [5].

A. Masalah

Berdasarkan hasil pengamatan mengenai pending klaim BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap periode bulan Agustus-Oktober 2023 di Rumah Sakit UNS, terdapat empat tipe status klaim yang berbeda dari hasil verifikasi berkas klaim, yaitu:

1. Klaim Layak
Artinya klaim telah diterima dan diproses oleh sistem klaim, dan sesuai dengan syarat-syarat yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan.
2. Klaim Tidak Layak
Artinya klaim telah diverifikasi tetapi tidak memenuhi ketentuan administrasi/pelayanan yang berlaku se-hingga tidak dapat dibayarkan.
3. *Pending*

Artinya klaim mengalami penundaan pembayaran karena berkas klaim yang dikirim oleh rumah sakit tidak lengkap atau tidak memenuhi persyaratan.

4. *Dispute*

Artinya klaim belum dapat disetujui karena mengalami adanya tidak sepakatan atau perbedaan pandangan atau penilaian antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan mengenai pelayanan atau tindakan klinis yang diberikan. Klaim ini harus diselesaikan oleh pihak-pihak terkait, yaitu provinsi atau daerah, organisasi profesi, dan Tim Penyelesaian Klaim Dispute di daerah masing-masing.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit UNS, ditemukan masalah terkait pengajuan berkas klaim asuransi BPJS Kesehatan adanya penurunan jumlah pengembalian berkas dengan status pending sebesar 26,5% dari bulan sebelumnya. Hal tersebut menunjukkan adanya kenaikan atau perbaikan kualitas data berkas ajuan klaim yang diajukan.

Tabel 3. Data *Pending Claim* Rawat Inap Bulan Agustus-Oktober 2023 di RS UNS

Bulan	Jumlah Pengajuan	Status Pengembalian Klaim		
		Layak	Pending	Dispute
Agustus	740	676	64	0
September	777	709	68	0
Oktober	780	730	50	0
Total	2.297	2115	182	0

Dapat dilihat pada **Tabel 3** didapatkan pada bulan Agustus dari 740 berkas klaim yang diajukan sebanyak 64 berkas yang mengalami *pending claim*, pada bulan September dari 777 berkas klaim yang diajukan sejumlah 68 berkas mengalami pending klaim. Jumlah tersebut menunjukkan adanya kenaikan kasus pending klaim pada bulan September sebesar 5,9% dari bulan Agustus. Pada bulan Oktober didapatkan 50 berkas yang mengalami pending klaim dari jumlah ajuan klaim sebanyak 780 berkas. Pada bulan Oktober menunjukkan adanya penurunan jumlah pengembalian berkas dengan status pending sebesar 26,5% dari bulan September. Hal tersebut menunjukkan adanya kenaikan atau perbaikan kualitas data berkas ajuan klaim yang diajukan.

Penelitian ini dilakukan di unit Penjaminan Klaim RS UNS selama ± 1 bulan dengan mengamati dan menganalisis klaim *pending* berdasarkan penyebabnya. Aspek penyebab pending klaim dapat dikarenakan aspek (1) Administrasi, (2) Kode Diagnosis (Koding), dan (3) Penunjang Medis. Hasil penelitian dapat dilihat pada **Tabel 4** berikut:

Tabel 4. Jumlah Berkas *Pending Claim* BPJS Kesehatan Rawat Inap Berdasarkan Aspek Verifikasi

Aspek Verifikasi	Bulan			Jumlah	%
	Agustus	September	Oktober		
Administrasi	23	17	22	62	9
Kode Diagnosis (Koding)	27	31	20	78	11.3
Penunjang Medis	14	20	8	42	6.1
Total	64	68	50	182	26.4

Bersumber pada **Tabel 4** terlihat bahwa penyebab klaim pending yang masuk dalam pengembalian klaim ke unit penjaminan klaim RS UNS terbagi menjadi tiga, yaitu administrasi, ketidaktepatan kode diagnosis, dan ketidaklengkapan resume medis atau penunjang lain. Hal tersebut disebabkan oleh

perbedaan persepsi antara petugas rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, sistem verifikasi yang baik sebelum penyerahan kepada BPJS Kesehatan sangat diperlukan sebagai saringan untuk menghindari terjadinya *pending claim*.

Dari seluruh data berkas klaim yang mengalami pending, kemudian data tersebut dipisahkan berdasarkan faktor penyebab yang diambil dari kolom verifikasi pengembalian. Setelah dilakukan penyortiran terhadap 182 berkas klaim pending berdasarkan faktor penyebabnya, didapatkan sebanyak masing-masing 62 berkas karena administrasi, 78 berkas karena konfirmasi kode diagnosis, dan 42 berkas karena penunjang. Berdasarkan data didapatkan jumlah berkas dengan konfirmasi koding sebanyak 78 berkas klaim pending atau 11,3% dari total pending klaim pada periode Agustus – Oktober 2023. Data tersebut menunjukkan berkas pending klaim yang paling banyak adalah karena ketidaktepatan kode diagnosis. Maka dari itu pada penelitian ini berfokus pada permasalahan pending klaim akibat ketidaktepatan kode diagnosis.

B. Penyebab Masalah

Terkait dengan implementasi kebijakan JKN di RS UNS Surakarta masih terdapat permasalahan terutama mengenai pending klaim seperti akibat kesalahan pengkodean diagnosis pasien. Kesalahan ini bisa terjadi karena beberapa hal yang dapat mempengaruhi Perekam Medis dalam menentukan kode diagnosis yang benar. Sejalan dengan penelitian Pratama et al., 2023, faktor yang menyebabkan pending klaim terjadi bukan murni karena kesalahan koder, tetapi karena faktor kekurangan data pendukung sebagai penegakan diagnosis yang mempengaruhi keakuratan kode [14].

Salah satu standar kompetensi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) adalah melakukan koding atau kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien. Perekam medis melakukan kodifikasi mengacu pada ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Tugas ini sangat penting, terutama dalam konteks JKN dan Sistem INA-CBG's, di mana ketepatan koding diagnosis dan prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG's. Salah satu faktor lain dalam kasus pengembalian berkas kepada rumah sakit untuk konfirmasi adalah ketelitian petugas koder dan grouper dalam melakukan proses koding dan input ke sistem INA-CBG's. Dari hasil analisis, didapatkan jumlah ketepatan kode diagnosis dari data pengembalian klaim rawat inap berdasarkan kode diagnosis dalam tabel berikut:

Tabel 5. *Pending Claim* BPJS Kesehatan Rawat Inap Berdasarkan Aspek Kode Diagnosis

No.	Hasil	Jumlah	%
1	Tepat	52	67
2	Tidak Tepat	26	33
Total		78	100

Berdasarkan **Tabel 5** didapatkan hasil analisis pengembalian klaim BPJS rawat inap pada bagian koder sejumlah 78 berkas pengembalian di RS UNS, sebesar 67% tepat dalam melakukan kodifikasi oleh koder dan 33% belum tepat dalam melakukan kodifikasi oleh koder. Melihat data tersebut, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan koder dalam menentukan diagnosis. Faktor-faktor yang mempengaruhi keakuratan kodifikasi antara lain:

1. Kurangnya data pendukung sebagai penegakan diagnosis

Salah satu faktor yang menghambat proses verifikasi klaim BPJS di RS UNS adalah ketidaklengkapan data rekam medis yang dibutuhkan oleh petugas koding. Data yang kurang meliputi pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang yang sesuai dengan diagnosis. Hal ini menyebabkan kode diagnosis yang sudah ditentukan dipertanyakan lagi karena diagnosis belum didukung oleh data yang valid. Akibatnya, koder kurang tepat dalam menentukan kode diagnosis yang sesuai dengan ICD 10. Berkas klaim yang tidak memiliki data pemeriksaan yang mendukung diagnosis

atau data pemeriksaan yang hilang akan ditunda dan dikirim kembali ke rumah sakit untuk diklarifikasi.

BPJS Kesehatan juga berhak untuk meminta konfirmasi diagnosis jika ada hal yang kurang sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Seperti pada contoh kasus yang ditemukan dalam penelitian, ditemukan keterangan pengembalian karena penegakan diagnosis Gastritis setelah konfirmasi pemeriksaan penunjang Endoskopi. Kurangnya informasi mengenai penunjang yang dibutuhkan koder untuk penegakan diagnosis ini menyebabkan koder kurang spesifik dalam menentukan diagnosis. Hal tersebut sesuai dalam Berita Acara (BA) Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Klaim INA-CBG Tahun 2019.

Contoh kasus lainnya yang ditemukan dalam data pending klaim terdapat kasus kurang tepatnya pengkodean yang dilakukan oleh koder akibat penulisan diagnosis oleh dokter pada lembar resume medis kurang spesifik. Seperti pada Tabel 5 kasus gagal ginjal kronis (CKD) seharusnya diberi kode yang spesifik CKD Stage I sampai dengan V melihat nilai Glomerulo Filtration Rate (GFR) dari hasil pemeriksaan ureum kreatinin. Pada Permenkes No. 24 tahun 2022 tentang rekam medis menyebutkan bahwa data dalam rekam medis dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, karena dokter yang mempunyai kewajiban, hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis dan pelayanan yang diberikan, dan oleh karenanya tidak boleh diubah oleh pihak lain [15]. Kualitas kode yang dihasilkan oleh koder terutama ditentukan oleh data dasar yang ditulis dan ditentukan oleh tenaga medis penanggung jawab pasien [6].

Sejalan dengan penelitian oleh Hartantri dan Suryani (2024) menunjukkan bahwa salah satu kendala yang menyebabkan ketidaktepatan pemberian kode diagnose Sebagian besar disebabkan pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang yang tidak lengkap dalam resume medis [16]. Hasil yang serupa dalam penelitian Zalukhu et al. (2024) faktor yang mengakibatkan *pending claim* di RSUD Kembangan adalah kurangnya berkas penunjang medis yang meliputi informasi mengenai data yang ada, sehingga berkas penunjang medis pada dokter radiologi membutuhkan klarifikasi terkait diagnosa pasien rawat inap [17].

2. Ketelitian Koder dalam pemberian kode diagnosis

Penyebab lain dalam pengembalian berkas kepada rumah sakit untuk konfirmasi adalah ketelitian petugas koder dalam melakukan proses coding. Sejalan dengan penelitian Kusumawati & Pujiyanto tahun 2020, bahwa kesalahan coding tersebut karena kurangnya pengetahuan koder tentang aturan surat edaran Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG Edisi 2 Tahun 2023 yang terbaru. Contohnya adalah kode diagnosis Hipertensi renal dengan renal failure seharusnya dikode kombinasi I12 atau I13. Setelah dilakukan analisis pada rekam medis, ditemukan bahwa diagnosis yang tertulis pada resume medis adalah diagnosis Acute kidney injury (AKI), yang mana kode sudah sesuai. Jika mengacu pada aturan kodifikasi pada ICD 10, tidak ada ketentuan kode gabung untuk kode I10 dengan N17.9. Maka dari itu, kode yang sudah ditentukan oleh koder sudah sesuai. Berdasarkan kondisinya, diagnosis yang dapat digabung dengan diagnosis hipertensi renal adalah Chronic Kidney Disease (CKD) sesuai pada aturan kodifikasi pada ICD 10 yang menyatakan bahwa includes pada diagnosis hipertensi renal dalam ICD 10 kode yang dapat digabung adalah kondisi apa pun di N18.-, N19.- atau N26.- dengan kondisi apa pun di I10. Sedangkan diagnosis AKI tidak dapat digabung dengan diagnosis hipertensi renal karena kode N17.9 tidak termasuk dalam keterangan includes di ICD 10. Sejalan dengan penelitian Sulastri dan Sugiansi (2024), ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan disebabkan oleh koder yang salah dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan, kurang ketelitian koder dalam membaca berkas rekam medis dan kurang telitnya koder dalam memberikan kode diagnosis gabungan [18].

C. Pemecahan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang sudah dijelaskan pada poin sebelumnya, diperlukan strategi melalui analisis faktor-faktor yang menyebabkan kejadian pending klaim di unit rekam medis sebagai berikut:

1. Meningkatkan kerjasama dan komunikasi antara koder, dokter, dan verifikator BPJS, agar dapat saling memberikan masukan dan klarifikasi mengenai koding yang tepat.

Kerjasama dan komunikasi antara koder, dokter, dan verifikator BPJS Kesehatan adalah hal yang penting dalam proses pengkodean diagnosis dan prosedur tindakan yang dilakukan oleh tenaga medik dengan menggunakan klasifikasi ICD 10 dan ICD 9 CM. Kerjasama dan komunikasi yang baik dapat meminimalisir kesalahan koding, mengurangi pending klaim, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Menurut jurnal yang berjudul "Pengaruh Kompetensi Coder Terhadap Keakuratan dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD-10 di Rumah Sakit "X" Pekanbaru Tahun 2016", kerjasama dan komunikasi antara koder, dokter, dan verifikator BPJS dapat meningkatkan akurasi dan kualitas koding, sehingga dapat menghasilkan kode INA-CBGs yang sesuai dengan pelayanan kesehatan yang diberikan [19]. Selain itu, kerjasama dan komunikasi juga dapat mengurangi risiko pending klaim atau fraud akibat koding yang tidak tepat atau tidak lengkap. Kerjasama dan komunikasi antara koder, dokter, dan verifikator BPJS Kesehatan dapat dilakukan dengan cara-cara berikut:

- a) Melakukan rapat atau diskusi secara berkala untuk membahas masalah koding dan klaim yang terjadi, serta mencari solusi bersama.
- b) Membuat SOP yang jelas dan terperinci mengenai proses koding dan klaim, serta menyosialisasikannya kepada semua pihak yang terkait.
- c) Membuat sistem monitoring dan evaluasi yang rutin dan objektif mengenai kinerja koder, dokter, dan verifikator BPJS, serta memberikan reward atau punishment yang sesuai.

2. Mengeluarkan surat edaran atau nota dinas

Untuk mengatasi kejadian berulang mengenai faktor penyebab yang pertama, tim casemix dari Unit Penjaminan mengajukan untuk pembuatan nota dinas atau surat edaran. Surat edaran tersebut diterbitkan dari unit penjaminan klaim melalui Instalasi Rekam Medis, yang kemudian diajukan ke bidang pelayanan untuk direview sampai mendapat persetujuan yang kemudian ditandatangani oleh direktur untuk diberikan kepada DPJP yang memiliki wewenang dalam pengisian diagnosis di Rekam Medis pasien. Karena dalam pelaksanaannya, ditemukan kejadian berulang mengenai kasus pending klaim dengan konfirmasi pengembalian berupa evidence pendukung diagnosis *renal failure* serta hasil pemeriksaan ureum kreatinin, untuk pemilihan koding lebih spesifik N18.1-N18.5 sesuai dengan hasil penghitungan *Glomerular Filtration Rate* (GFR) yang tertulis pada ICD 10. Dalam konfirmasi tersebut koder akan terlebih dahulu cross check di lembar penunjang untuk mengetahui diagnosis yang lebih spesifik sesuai dengan aturan yang berlaku dalam Berita Acara Kesepakatan Bersama Penduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG Tahun 2019 dan yang terbaru Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG Edisi 2 Tahun 2023.

3. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas adalah proses yang sangat penting dalam setiap organisasi atau institusi. Ini melibatkan serangkaian pelatihan, seminar, dan workshop yang dirancang untuk memperluas wawasan dan memperdalam pemahaman petugas tentang tugas dan tanggung jawab mereka. Pengetahuan yang ditingkatkan dapat mencakup pemahaman yang lebih baik tentang pembaharuan prosedur, teknologi baru, atau kebijakan terkini. Sementara peningkatan keterampilan dapat mencakup pengembangan keterampilan teknis, manajemen, atau komunikasi. Tujuan utamanya adalah untuk memastikan bahwa petugas memiliki semua alat dan sumber daya yang mereka butuhkan untuk melaksanakan tugas mereka dengan efektif dan efisien. Ini juga membantu dalam meningkatkan produktivitas, meningkatkan kualitas layanan, dan mendorong pertumbuhan dan perkembangan profesional. Selain itu, ini juga dapat berkontribusi pada kepuasan kerja petugas dan retensi karyawan. Secara keseluruhan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas adalah investasi yang berharga yang dapat menghasilkan manfaat jangka panjang bagi organisasi dan individu yang terlibat. Menurut Hapsari (2024) dibutuhkan pelatihan bagi koder terkait standar dan implementasi ICD-10 dan ICD-9 sebagai pedoman dalam pemberian kode diagnosis serta pelatihan terkait perkembangan ilmu kodefikasi diagnosis yang terkait dengan klaim BPJS Kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kemampuan koder dalam menentukan ketepatan kode diagnosis penyakit [20].

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan menjelaskan jawaban dari apa yang diharapkan dari sebuah penelitian yang telah dijelaskan dibagian Pendahuluan. Pada bagian ini dapat ditambahkan saran untuk pengembangan penelitian selanjutnya berdasarkan hasil dan analisa yang telah dilakukan. Kesimpulan dapat berupa paragraf atau berupa poin-poin.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian serta pembahasan yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan bahwa proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan dalam pelayanan rawat inap di Rumah Sakit UNS sudah berjalan dengan baik dan sesuai alur yang berlaku. Hal tersebut ditandai dengan adanya penurunan angka kasus pending klaim sebesar 26,5% pada periode bulan Agustus-Oktober 2023. Faktor penyebab *pending claim* pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit UNS terjadi karena perbedaan persepsi antara petugas rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan dan bukan murni karena kesalahan koder, tetapi karena faktor kekurangan data pendukung sebagai penegakan diagnosis yang memengaruhi keakuratan kode.

B. Saran

Untuk mengatasi masalah-masalah yang menyebabkan pending claim BPJS Kesehatan, ada beberapa langkah yang dapat dilakukan oleh rumah sakit, antara lain:

1. Memastikan berkas klaim yang diajukan sudah lengkap dan sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Berkas klaim yang tidak lengkap dapat menyebabkan penolakan atau penundaan pembayaran klaim. Berkas klaim yang harus dilengkapi antara lain: formulir klaim, resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, surat rujukan, surat keterangan sakit, surat pernyataan, dan lain-lain.
2. Melakukan rapat atau diskusi secara berkala untuk membahas masalah koding dan klaim yang terjadi, serta mencari solusi bersama terkait kasus pending klaim yang terjadi berulang.
3. Mensosialisasikan aturan terbaru yang ada dalam Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG Edisi 2 Tahun 2023 dan surat edaran atau nota dinas kepada unit yang terkait dengan penjaminan klaim khususnya klaim BPJS Kesehatan.

REFERENSI

- [1] Kemenkes RI, "Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci," Jakarta, 2016.
- [2] Permenkes, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta, 2014.
- [3] E. S. Maulida and A. Djunawan, "Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga," *MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA*, vol. 21, no. 6, pp. 374–379, Dec. 2022, doi: 10.14710/mkmi.21.6.374-379.
- [4] M. R. Murni *et al.*, "Analisis Faktor Penyebab Pending Claim Rawat Inap Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Padang," vol. 8, no. 1, 2024.
- [5] A. N. Kusumawati and Pujiyanto, "Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018," 2020. [Online]. Available: <http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/>
- [6] W. A. Santiasih, A. Simanjorang, and B. Satria, "Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai," *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, vol. 7, no. 2, pp. 2615–109, 2021.
- [7] E. Kuku Kurnia and Mahdalena, "Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit X Periode Triwulan I Tahun 2022," 2022.
- [8] N. Ilka Fahziza Salima and E. Rohmania Zein, "Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Tahun 2023," *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, vol. 9, no. 2, pp. 151–159, 2023.
- [9] Indawati, "Analisis Pengaruh Kinerja Keuangan Terhadap Good Corporate Governance serta Dampaknya Terhadap Nilai Perusahaan," 2018.
- [10] Kementerian Kesehatan, "Permenkes No 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan," 2023.
- [11] L. Megawati and R. D. Pratiwi, "Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta," 2016.
- [12] E. Widaningtyas1, F. P. Novinawati2, and A. Asmorowati3, "Analisis Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit QIM Batang Tahun 2022," *Avicenna : Journal of Health Research*, vol. 7, no. 1, p. 42, 2024, [Online]. Available: <https://jurnal.stikesmus.ac.id/index.php/avicenna/article/view/1028/517>

- [13] C. L. D. Turnip, "Analisis Kode Diagnosa dan Prosedur pada Pengembalian Berkas Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga," Poltekkes Kemenkes Semarang, 2020. [Online]. Available: https://repository.poltekkes-smg.ac.id/?p=show_detail&id=22330
- [14] A. Pratama *et al.*, "Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen Corresponding Author," Online, 2023. [Online]. Available: <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI> p124Journalhomepage:<http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI>
- [15] Kementerian Kesehatan, "Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis," 2022. [Online]. Available: www.peraturan.go.id
- [16] A. F. Hartantri and A. I. Suryani, "Pengaruh Akurasi Kode Diagnosis terhadap Pembayaran Klaim JKN Rawat Inap di Rumah Sakit X," *Media Bina Ilmiah*, 2024.
- [17] Iman Harapan Jaya Zalukhu, Deasy Rosmala Dewi, and Daniel Happy Putra, "Tinjauan Penyebab Klaim Pending Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Rawat Inap di RSUD Kembangan Jakarta Barat," *Vitamin: Jurnal ilmu Kesehatan Umum*, vol. 2, no. 3, pp. 47–52, Jun. 2024, doi: 10.61132/vitamin.v2i3.437.
- [18] D. Sulastri and S. Sugiarsi, "Analysis Of The Accuracy Of The Diagnosis Code And Methods Before And After Verification On The Medical Records Of BPJS Patients In RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso," *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*, vol. 4, no. 1, p. 1, 2024.
- [19] K. Ita, Y. Pramana, A. Righo, and P. Studi Keperawatan, "Implementasi Interprofessional Collaboration Antar Tenaga Kesehatan yang ada di Rumah Sakit Indonesia ; Literature Review," 2021.
- [20] D. Hapsari *et al.*, "Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Pada Pasien Rawat Inap Dengan Persetujuan Klaim BPJS Di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten," *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*, vol. 4, no. 1, p. 1, 2024.