



Implementasi Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan di RSIA Puri Bunda Kota Malang

Rizka Laila Ilmi, Sapto Adi*, Dian Mawarni, Nurnanigsih Herya Ulfah

Universitas Negeri Malang, Jl. Semarang No. 5 Malang, Jawa Timur, Indonesia

*Penulis korespondensi, Surel: sapto.adi.fik@um.ac.id

Paper received: 11-8-2023; revised: 2-10-2023; accepted: 13-10-2023

Abstract

In the implementation of claim submissions at RSIA Puri Bunda Malang there are still delays in claim payments by BPJS Health. This occurs because of the return of the claim file to the hospital due to non-compliance with the claim submission requirements. It is known that in 2022, there were 5,674 BPJS Health claim submission files and around 6.8% or 388 claim files were delayed. The purpose of this study was to determine the implementation of claims for inpatient services for BPJS Health patients at RSIA Puri Bunda Malang. This research is a qualitative approach with a case study research design. The research variables include input variables (HR, file completeness, INA CBG's system, implementation guidelines), process variables (claim verification), and output variables (claim submission). There were three informants in this study, including the Medical Records Unit, Medical Support Manager, and Head of BPJS Health Benefits and Utilization. The results show that RSIA Puri Bunda Malang has never been late in submitting BPJS Health claims. However, in its implementation there are still several obstacles including the addition of officer workload, limited understanding of coders, incomplete claim submission files, constraints on the INA CBG's system, differences in understanding regarding coding, and not checking the requirements for completeness of claim submission files. Therefore, it is necessary to calculate the workload of officers, as well as conduct training and socialization of coding.

Keywords: bpjs health; claim submission; inpatient; hospital

Abstrak

Dalam pelaksanaan pengajuan klaim di RSIA Puri Bunda Malang masih terdapat keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Hal ini terjadi karena adanya pengembalian berkas klaim kepada pihak rumah sakit karena ketidaksesuaian persyaratan pengajuan klaim. Diketahui pada Tahun 2022, terdapat 5.674 berkas pengajuan klaim BPJS Kesehatan dan sekitar 6.8% atau sejumlah 388 berkas klaim tertunda. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pelaksanaan pengajuan klaim pelayanan rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSIA Puri Bunda Malang. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus. Variabel penelitian meliputi variabel input (SDM, kelengkapan berkas, sistem INA CBG's, panduan pelaksanaan), variabel proses (verifikasi klaim), dan variabel output (pengajuan klaim). Informan pada penelitian ini berjumlah 3 informan antara lain Kanit Rekam Medis, Manajer Penunjang Medis, dan Kabag Penjaminan Manfaat dan Utilisasi BPJS Kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa RSIA Puri Bunda Malang belum pernah terlambat dalam mengajukan klaim BPJS Kesehatan. Namun dalam pelaksanaannya masih terdapat beberapa kendala diantaranya adanya penambahan beban kerja petugas, keterbatasan pemahaman koder, ketidaklengkapan berkas pengajuan klaim, kendala pada sistem INA CBG's, perbedaan pemahaman terkait pengkodean, dan tidak melakukan pemeriksaan persyaratan kelengkapan berkas pengajuan klaim. Oleh karena itu, diperlukan perhitungan beban kerja petugas, serta pelaksanaan pelatihan dan sosialisasi pengkodean.

Kata kunci: bpjs kesehatan; pengajuan klaim; rawat inap; rumah sakit

1. Pendahuluan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, pemerintah membentuk program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

(BPJS) Kesehatan sejak awal Tahun 2014 sebagai bentuk jaminan kesehatan bagi setiap warga negara Indonesia (Ahid et al., 2021). Berbagai negara berusaha untuk mewujudkan *Universal Health Coverage* atau jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk yang bertujuan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan komprehensif (Rahayu & Putu Ayu Indrayathi, 2017). Salah satu upaya dalam meningkatkan kesehatan yang menyeluruh yaitu dengan berdirinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014 sebagai transformasi dari PT. Askes (BPJS Kesehatan, 2021).

BPJS Kesehatan akan melakukan seleksi melalui kredensialing bagi fasilitas kesehatan yang ingin menjalin kerjasama termasuk rumah sakit (Herlinda et al., 2021). Rumah sakit berhak mendapatkan imbalan atas jasa pelayanan kesehatan kepada pasien BPJS Kesehatan dalam bentuk pengajuan klaim (Paulina & Medica, 2022). Pelaksanaan pengajuan klaim oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan akan melalui tahapan verifikasi kelengkapan berkas, verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan (Irmawati et al., 2018).

Metode pembayaran dalam program JKN menggunakan metode pembayaran prospektif casemix (*case based payment*) atau sistem *Indonesia Case Based Group* (INA CBG's) (Irmawati et al., 2018). Pola pembayaran menggunakan INA CBG's harus menjalani tahapan verifikasi berkas klaim. Klaim yang diajukan fasilitas kesehatan harus melakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan tujuan membuktikan kebenaran administrasi dan dapat dipertanggungjawabkan demi mempertahankan mutu pelayanan kesehatan (Santiasih et al., 2021). Keikutsertaan rumah sakit di program JKN melalui kerja sama diharapkan dapat meningkatkan omzet dan pendapatan rumah sakit (Paulina & Medica, 2022). Namun, berkas klaim yang dinyatakan tidak lengkap oleh BPJS Kesehatan setelah melewati proses verifikasi akan menyebabkan *pending* klaim (Sjahrir & Wijayanti, 2022). Sehingga pada proses verifikasi klaim merupakan tahapan terpenting untuk mendapat penggantian biaya yang telah dikeluarkan rumah sakit (Wahyuni & Suharyo, 2020).

Dari data BPJS Kesehatan diketahui terdapat 2.613 rumah sakit di Indonesia yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Di Kota Malang terdapat 20 rumah sakit yang ikut serta dalam program JKN termasuk Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Puri Bunda Malang. RSIA Puri Bunda Malang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam program JKN sejak Tahun 2014. Menurut data dari BPJS Kesehatan, diketahui pembayaran terakhir yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan per Juli 2023 kepada RSIA Puri Bunda Malang dilakukan pada bulan Februari 2023 dengan jumlah kekurangan sebesar Rp. 1.977.893.700,- pada pelayanan rawat inap dan sebesar Rp. 449.779.500,- pada pelayanan rawat jalan. Sedangkan, salah satu hasil evaluasi Unit Kerja Presiden Bidang Pengawasan dan Pengendalian Pembangunan (UKP4) yaitu BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim seratus persen kepada fasilitas kesehatan maksimal 15 hari sejak tagihan diterima.

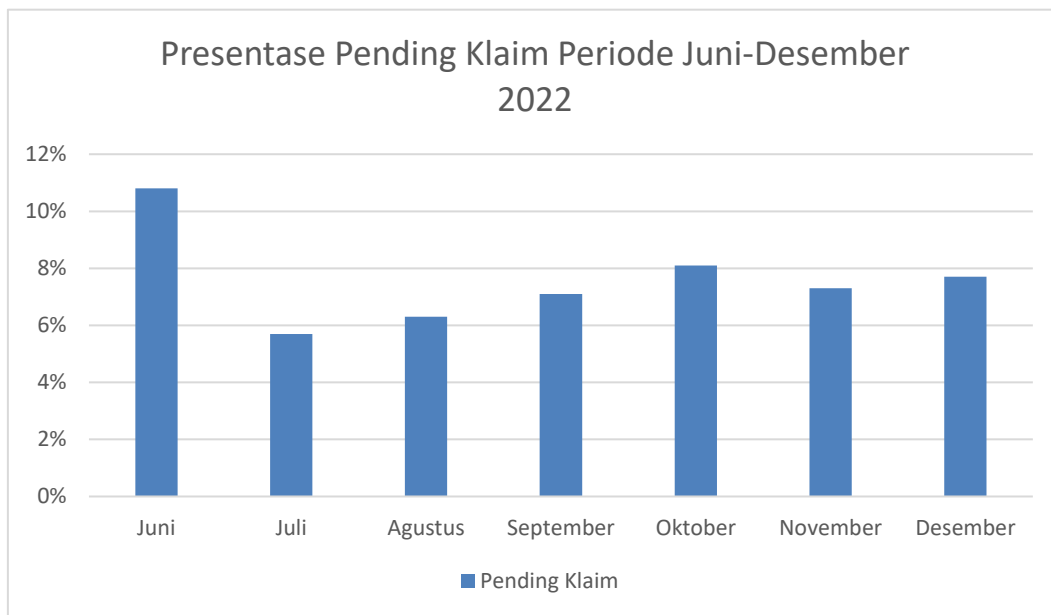
Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas rekam medis RSIA Puri Bunda Malang, diketahui bahwa masih terdapat pengembalian berkas pengajuan klaim BPJS Kesehatan di setiap bulannya. Diketahui pada Tahun 2022, RSIA Puri Bunda Malang mengajukan sebanyak 5.674 berkas klaim pasien BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap. Dan sebanyak 388 berkas klaim atau sekitar 6,8% mengalami pengembalian berkas. Didapatkan data presentase *pending* klaim pelayanan rawat inap pada periode Juni hingga Desember 2022 yang mengalami fluktuasi.

Berikut rekapitulasi data pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap di RSIA Puri Bunda Malang periode Juni hingga Desember 2022.

Tabel 1. Rekapitulasi pengajuan klaim pelayanan rawat inap di RSIA Puri Bunda Malang periode Juni-Desember 2022

Bulan	Jumlah Pengajuan Berkas Klaim	Jumlah Pengembalian Berkas Klaim	Presentase
Juni	462	50	10,8%
Juli	458	26	5,7%
Agustus	473	30	6,3%
September	532	38	7,1%
Oktober	507	41	8,1%
November	495	36	7,3%
Desember	439	34	7,7%
Total	5.674	388	6,8%

Sumber : RSIA Puri Bunda Malang (2023)



Gambar 1. Presentase Pending Klaim Pelayanan Rawat Inap Periode Juni-Desember 2022

Sumber : RSIA Puri Bunda Malang (2023)

Dari hasil penelitian (Santiasih et al., 2021), dapat diketahui penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai yaitu karena kesalahan petugas pada proses penginputan, ketidaksesuaian pengisian item-item rekam medis, dan perbedaan pemahaman antara pihak verifikator internal dan verifikator BPJS Kesehatan terkait kelengkapan berkas klaim. Hal ini sejalan dengan penelitian (Maulida, 2022), penyebab *pending* klaim di Rumah Sakit Universitas Airlangga disebabkan ketidaklengkapan berkas, pengkodean kurang tepat, kurangnya pemeriksaan penunjang dan evidenterapi.

Pengembalian berkas klaim akan berpengaruh pada pembayaran klaim kepada rumah sakit menjadi terlambat. Dan hal ini juga dapat mempengaruhi arus kas rumah sakit serta kualitas pelayanan mutu di rumah sakit (Sjahrir & Wijayanti, 2022).

Keterlambatan pembayaran klaim kepada rumah sakit swasta akan berakibat kepada biaya operasional rumah sakit termasuk dalam kebutuhan pemasokan obat dan kebutuhan operasional lainnya. Perusahaan obat enggan untuk mengirimkan produknya apabila biaya tidak segera disalurkan. Menurut Wakil Ketua Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) diketahui dampak keterlambatan pembayaran obat kepada pihak distributor akan berakibat pada kekosongan stok obat di rumah sakit. Sehingga hal ini akan berpotensi pada penurunan mutu pelayanan ditengah upaya pemerintah dalam mendorong peningkatan pelayanan kesehatan (Widyastuti, 2018). Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSIA Puri Bunda Malang. Dengan harapan, hasil penelitian ini dapat digunakan untuk pengambilan kebijakan terkait permasalahan pengajuan klaim.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan jenis pendekatan kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret - Juli 2023. Lokasi dalam penelitian ini yaitu Rumah Sakit Ibu dan Anak Puri Bunda Kota Malang. Metode pemilihan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria yang memiliki pengetahuan terkait permasalahan klaim BPJS Kesehatan dan terlibat dalam pelaksanaan pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap. Peneliti mendapatkan informan yang sesuai kriteria dengan jumlah tiga informan yaitu Kepala Unit Rekam Medis Rumah Sakit sebagai koder rawat inap, Manajer Penunjang Medis Rumah Sakit, dan Kepala Bagian Penjaminan Manfaat dan Utilisasi BPJS Kesehatan Cabang Malang. Informan Kepala Unit Rekam Medis bertanggung jawab sebagai koder pelayanan rawat inap dan informan Manajer Penunjang Medis bertanggung jawab pula sebagai verifikator internal rumah sakit. Peneliti melakukan kontak dengan pihak rumah sakit selama 2-3 minggu sebelum pelaksanaan wawancara. Sedangkan persetujuan permohonan wawancara dengan petugas BPJS Kesehatan membutuhkan waktu selama 2 bulan sebelum pelaksanaan wawancara.

Instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara semi terstruktur dengan instrumen pendukung yaitu alat perekam dan alat tulis. Pengambilan data terhadap informan Kepala Unit Rekam Medis dilakukan melalui telepon dengan durasi waktu wawancara selama 50 menit dan melakukan proses *recording* menggunakan alat perekam suara, selanjutnya peneliti melakukan wawancara secara langsung dikerenakan terdapat beberapa hal yang membutuhkan penjelasan lebih dengan durasi waktu wawancara selama 30 menit. Pengambilan data terhadap informan Manajer Penunjang Medis dilakukan secara langsung dengan durasi waktu selama 30 menit dan melakukan proses *recording* menggunakan alat perekam suara. Sedangkan pengambilan data terhadap Kepala Bagian Penjaminan Manfaat dan Utilisasi BPJS Kesehatan Cabang Malang dilakukan secara tidak langsung melalui *zoom meeting* dengan durasi waktu selama 30 menit dan melakukan proses *recording* menggunakan alat perekam vidio.

Penelitian ini menggunakan data sekunder yaitu data pembayaran klaim BPJS Kesehatan di RSIA Puri Bunda Malang, rekapan pengajuan klaim RSIA Puri Bunda Malang tahun 2022 dan petunjuk teknis pelaksanaan verifikasi klaim. Sedangkan, data primer diperoleh dari hasil wawancara kepada informan mengenai pelaksanaan pengajuan klaim di RSIA Puri Bunda

Malang yang terbagi menjadi variabel input (SDM, kelengkapan berkas, sistem INA CBG's, panduan pelaksanaan), variabel proses (Pelaksanaan verifikasi klaim), dan variabel output (Pengajuan klaim). Proses analisis data menerapkan teknik analisis data tematik, tahapan yang dilakukan yaitu semua data yang diperoleh dari proses wawancara di transkrip per kata dalam bahasa Indonesia oleh peneliti, transkrip dibaca berulang oleh peneliti untuk memastikan informasi yang disampaikan narasumber, kemudian transkrip dikelompokkan oleh peneliti berdasarkan informasi yang dibutuhkan, selanjutnya dari transkrip tersebut akan diambil intisari pernyataan hingga akhirnya penarikan kesimpulan. Penelitian ini telah lulus kaji etik dan memperoleh persetujuan dari komisi etik penelitian kesehatan FKG Universitas Airlangga dengan *Ethical Clearance Certificate Number* : 434/HRECC.FODM/IV/2023.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Hasil

3.1.1 Sumber Daya Manusia (*Man*)

Ketersediaan SDM

Petugas tim casemix rumah sakit akan bertanggung jawab dalam melakukan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dengan jumlah petugas enam orang diantaranya yaitu dua koder rawat jalan, dua koder rawat inap, satu verifikasi dan satu petugas administrasi. Terdapat pula bagian keuangan yaitu manajer keuangan untuk melakukan checklist kesesuaian jumlah berkas klaim sebelum diajukan dan pengurusan pencairan dana klaim.

"Kalau untuk proses klaim itu semua anggota casemix, kode rawat jalan ada dua, koder rawat inap ada dua, satu verifikasi dan satu petugas administrasi. Jadi totalnya ada enam petugas casemix untuk proses mulai awal." (I-1)

"Tugas koder yaitu mengoding dokumen. Perbedaan coding rawat inap yaitu semisal terdapat dokumen ragu-ragu akan dikonfirmasi ke verifikasi. Kalau sudah selesai dari verifikasi akan diproses lagi dan selanjutnya akan diberikan kepada petugas administrasi rekam medis untuk di scan." (I-1)

"Verifikasi mengecek kasus-kasus yang sulit. Jadi ada kriterianya, kasus dengan perawatan lama misal yang lebih dari lima hari akan turun ke verifikasi, kasus dengan tarif jauh sekitar 4 jt lebih antara billing rumah sakit dengan INA CBG's, kasus bayi yang dirujuk menggunakan inkubasi codingnya akan dicek oleh verifikasi, dan yang terakhir kasus bayi (bayi baru lahir)." (I-2)

Diketahui bahwa beban kerja tim casemix sudah sesuai dengan jobdesk masing-masing. Berkas klaim yang mengalami pengembalian oleh BPJS Kesehatan akan diperiksa ulang oleh koder rawat inap selaku Kanit RM dan Manajer Penunjang Medis selaku verifikasi internal rumah sakit. Namun, petugas tersebut seringkali mengalami kewalahan untuk melakukan pengkodean pada berkas klaim reguler apabila berkas yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan dalam jumlah banyak.

"Kalau untuk petugas lainnya, karena sudah ada jobdesknya yang pakem. Kan memang tim casemix sudah ditunjukan untuk proses klaim. Jadi sudah sesuai menurut saya." (I-1)

“Kalau konfirmasinya banyak itu keteteran untuk yang regular. Tetapi kalau konfirmasinya sedikit dan verifikator juga agak longgar untuk bisa mengerjakan konfirmasi jadi stabil. Tetapi kalau dari verifikator dan saya sudah menumpuk itu yang agak sulit.” (I-1)

Pemahaman dan Ketelitian SDM

Diketahui tingkat pendidikan terakhir tim casemix yaitu D3 rekam medis dan informasi dan D4 manajemen informasi kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, petugas koder mengalami kesulitan dalam melakukan pemeriksaan kesesuaian antara diagnosis klinis, tata laksana dan tindakan yang dilakukan. Hal ini dikarenakan pendidikan yang ditempuh oleh petugas koder tidak mempelajari lebih dalam terkait klinis sehingga pemahaman koder menjadi terbatas.

“Kendala saat pemeriksaan berkas klaim yaitu kesulitan koder untuk mengecek kesesuaian antara diagnosis, tata laksana, tindakan yang dilakukan. Karena pendidikannya memang tentang koding tidak tentang klinis.” (I-2)

“Lalu semisal ada kasus sulit, seperti komplikasi dan sebagainya dari koder kadang juga belum paham kalau ini masuk di kodingan. Pemahaman koder yang tidak sampai di diagnosis klinis dan tata laksananya.” (I-2)

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa penyebab pengembalian berkas klaim dikarenakan adanya kesalahan dalam melakukan pengkodean dan pengisian E-Claim INA CBG's kurang lengkap seperti pengisian jam masuk rumah sakit (MRS), jam keluar rumah sakit (KRS), dan pengisian berat badan bayi baru lahir (BBL).

“... Salah koding misal salah masukkan koding USG kehamilan juga masuk pending, atau ibu yang melahirkan kan selalu ada bayi kadang ada yang terlupa untuk tidak menginputkan koding bayi itu ada kodingannya sendiri. Terkadang itu luput...” (I-2)

“... Ada pengisian di E-Claim yang kurang lengkap seperti jam MRS dan KRS, berat badan BBL keliru...” (I-2)

3.1.2 Kelengkapan Berkas Klaim (Material)

BPJS Kesehatan memberikan jangka waktu maksimal 6 bulan dalam mengajukan klaim sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan. Apabila melewati batas waktu tersebut dan belum diajukan kepada BPJS Kesehatan, maka klaim tidak dapat ditagihkan lagi atau menjadi klaim kadaluwarsa. Berdasarkan hasil wawancara, didapatkan bahwa terdapat kendala dalam melengkapi berkas klaim karena kesulitan melengkapi resume medis dan adanya resiko kehilangan berkas selama proses pemeriksaan oleh verifikator internal rumah sakit.

“Kalau di kelengkapan penulisan memang kita kesulitan seperti resume yang kadang belum lengkap jadi kita meminta DPJP untuk melengkapi.” (I-1)

“Ketika berkas turun ke verifikator ada resiko berkasnya hilang karena banyak berkas keluar masuk” (I-2)

Hal ini didukung oleh pernyataan dari pihak BPJS Kesehatan bahwa penyebab terbanyak berkas klaim dikembalikan yaitu dokumen yang dilampirkan rumah sakit tidak lengkap.

“Penyebab terbanyak yaitu dokumen yang tidak lengkap seperti resume tidak ada ttd DPJP, laporan operasi tidak ada atau tulisannya tidak terbaca, hasil lab tertentu yang diagnosa nya tidak ada.” (I-3)

3.1.3 Sistem INA CBG's (Machine)

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui terdapat beberapa kendala pada sistem INA CBG's diantaranya proses purifikasi dan *updating* aplikasi yang membutuhkan waktu lama serta kurang lengkapnya fitur di INA CBG's. Hal ini akan menyebabkan proses pengajuan klaim membutuhkan waktu lebih lama. Berikut merupakan pernyataan informan:

“Proses purifikasi yang membutuhkan waktu lama, jadi semisal pengajuan di hari ini hasil purifikasi akan keluar besok. Proses kirim online yang terkendala di websitenya, biasanya jika ada updating dari INA CBG's tidak bisa di akses tetapi tidak sering. Tidak ada sistem di INA CBG's untuk menarik data jumlah pengajuan awal, klaim disetujui dan klaim dispute. Jadi rumah sakit harus mendata sendiri.” (I-2)

“Lalu di INA CBG's belum ada tanda semisal ada berkas yang terpending tetapi belum lolos jadi tidak ada bedanya. Jadi resiko klaim kadaluwarsa jika ada SEP yang terselip atau terajukan ulang” (I-2)

3.1.4 Panduan Pelaksanaan (Method)

Identifikasi SOP

BPJS Kesehatan memberikan panduan kepada rumah sakit dalam melaksanakan verifikasi klaim yaitu mengacu pada Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA CBG's dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, BA Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA CBG's Tahun 2019, dan Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara kedua belah pihak terkait penagihan klaim.

Menurut BPJS Kesehatan, rumah sakit harus mempunyai dan mematuhi standar operasional prosedur (SOP) sebagai panduan dalam melaksanakan sebuah prosedur pelayanan pasien maupun prosedur administratif. Dan dalam pembuatannya tidak boleh berlawanan dengan panduan nasional yang sudah ditetapkan.

“SOP penting untuk di rumah sakit. SOP itu kebutuhannya panduan rumah sakit dalam melakukan setiap prosedur baik yang terkait pelayanan pasien ataupun prosedur administratif. Jadi yang harus punya SOP dan mematuhi SOP ya rumah sakitnya. Dan tentunya SOP itu tidak boleh berlawanan dengan panduan nasional yang sudah ditetapkan.” (I-3)

Diketahui RSIA Puri Bunda Malang belum mempunyai SOP untuk verifikasi klaim secara khusus. Tetapi, selama ini pihak rumah sakit sudah melaksanakannya sesuai dengan arahan dari BPJS Kesehatan.

“Belum ada SOP verifikasi klaim sejauh ini. Tetapi kita sudah berjalan sesuai dengan prosedur BPJS. Maksudnya ini di verifikasi dulu, lalu ada verifikatornya.” (I-1)

“SOP yang baru verifikasi administrasi pelayanan, kalau yang kepesertaan ini memang belum ada SOP nya.” (I-2)

“Setelah itu rumah sakit akan melakukan strategi sendiri bagaimana caranya untuk melakukan proses klaim sesuai dengan yang diminta oleh BPJS... Dari hasil rapat internal sebenarnya. Tidak ada SOP yang seperti apa begitu” (I-1)

Identifikasi Pedoman

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa RSIA Puri Bunda Malang dalam melakukan pengkodean akan merujuk pada *International Classification of Disease (ICD)* dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis penyakit dan ICD-9 untuk prosedur atau tindakan, serta berita acara solusi permasalahan klaim yang disusun oleh BPJS Kesehatan pada Tahun 2019.

“Jadi intinya kita memberikan informasi berdasarkan Permenkes yang terkait dengan BPJS atau Permekes yang terakit dengan diagnosis dan tata laksana, terkait dengan koding kita merujuk ke ICD-10 dan ICD-9 CM yang 2010, dan berita acara kesepakatan solusi permasalahan klaim. Jadi kita kalau menjawab konfirmasi harus merujuk pada sumber-sumber tersebut dan tidak sembarangan dalam menjawab. Dan untuk diagnosis kita kembalikan ke DPJP.” (I-2)

Hal yang sama juga dilakukan oleh BPJS Kesehatan dalam melakukan pemeriksaan berkas klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit.

“Kebenaran koding mengacu pada ICD-9 dan ICD 10 tahun 2010 dan mengacu pada BA kesepakatan panduan penatalaksanaan solusi tahun 2019” (I-3)

Namun, diketahui masih terdapat kendala antara kedua pelah pihak yaitu adanya perbedaan persepsi terkait pengkodean dan ketidaksesuaian koding yang diajukan rumah sakit dengan regulasi yang berlaku.

“Kendalanya itu kalau misalnya kita ada beda persepsi antara BPJS dan rumah sakit seperti kita memerlukan dua coding tetapi dari BPJS hanya meminta satu coding. Jadi kita tidak bisa cepat untuk memberikan jawaban karena harus melihatkan bukti-bukti yang diperlukan terlebih dahulu.” (I-1)

“FKTRL mengajukan klaim tidak sesuai ketentuan/ regulasi seperti aturan koding kalau pasien rajal kontrol dengan kode D.U (Z) tetapi tidak dikasih (Z) atau pasien dengan diagnosa batu ginjal dan ISK, kan kodenya cuma batu ginjal aja ISK (infeksi saluran kemih) tidak dikoding nah itu masih ngodingin ISK.” (I-3)

“Koding baru biasanya dari faskesnya yang berkreasi, karena koding baru pasti dari mereka yang menagihkan.” (I-3)

3.1.5 Pelaksanaan Verifikasi Klaim di RSIA Puri Bunda Malang

Pelaksanaan verifikasi klaim di rumah sakit dilakukan langsung di masing-masing bagian sesuai dengan jobdesknya. Verifikasi klaim dimulai dari bagian pendaftaran pasien

yang akan memeriksa status kepesertaan dan mencetak SEP (Surat Eligibilitas Peserta) jika status kepesertaan aktif, tetapi jika status kepesertaan tidak aktif maka SEP tidak bisa dicetak sehingga tidak bisa mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Namun, pihak rumah sakit akan memberikan jangka waktu 3x24 jam kepada peserta untuk mengaktifkan kembali status kepesertaan.

“Tahapan verifikasi akan dicek langsung di bagian-bagiannya sendiri. semisal di Tempat Pendaftaran Peserta (TPP) akan langsung mengecek status kepesertaan dan lain sebagainya. Karena kalau kepesertaan tidak aktif otomatis tidak bisa mencetak SEP. jadi dari awal sudah diverifikasi..... Jadi verifikasi dilakukan oleh per bagian-bagiannya, tidak dilakukan oleh bagian tertentu dari proses awal sampai akhir”
(I-1)

“Verifikasi administrasi kepesertaan selalu dilakukan saat pasien pertama kali datang, ... Lalu mendaftar di TPP dan akan dilakukan administrasi kepesertaan.”
(I-2)

Hal ini sesuai dengan pernyataan dari BPJS Kesehatan bahwa verifikasi administrasi dilakukan di fasilitas kesehatan dengan menerbitkan SEP.

“Verifikasi administrasi kepesertaan itu sudah dilakukan oleh faskes saat peserta akan mendapatkan akses pelayanan. Jadi tidak dilakukan saat proses verifikasi klaim. Kalau sudah diterbitkan SEP artinya peserta sudah dipastikan oleh faskes bahwa dia eligible mendapatkan hak nya sebagai peserta JKN.” (I-3)

Setelah itu, verifikasi dokumen akan dilakukan di kasir sebelum pasien pulang dengan memastikan kesesuaian data yang diinput pada SIMRS Khanza dan catatan manual rawat inap. Selain itu, koder juga akan memeriksa kesesuaian tanggal SEP dengan tanggal masuk. Apabila terdapat ketidaksesuaian, maka koder akan melakukan konfirmasi kepada petugas TPP.

“Untuk verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan yang telah diberikan biasanya kita ada pengecekan sebelum pasien KRS yang dilakukan di kasir..... Missal terkait visite berapa kali, tindakan yang diberikan seperti tranfusi, rawat luka, konsultasi, pemeriksaan NST, pemeriksaan penunjang,...” (I-2)

Verifikasi pelayanan dilakukan oleh verifikasi internal rumah sakit. Verifikator internal akan memeriksa diagnosa dan tindakan di sistem INA CBG's. Selain itu, verifikator internal juga akan memeriksa perbedaan antara tarif rumah sakit dengan INA CBG's. Lalu verifikasi di sistem INA CBG's akan dilakukan oleh koder dan verifikator internal pada proses terakhir sebelum klaim diajukan. Akan dilakukan pemeriksaan ulang pada grouper dalam satu bulan. Koder juga akan melakukan purifikasi untuk memvalidasi output data INA CBG's dan melihat apakah jumlah dokumen yang diajukan sesuai.

Dalam menangani permasalahan klaim, RSIA Puri Bunda berupaya dengan melakukan penguatan verifikasi *pre claim* yaitu melakukan pemeriksaan berkas klaim dengan tarif jauh antara tagihan rumah sakit dengan grouper INA CBG's, perawatan lebih dari lima hari, diagnosis dan tata laksana berkas klaim bayi baru lahir (BBL), berkas klaim kasus bedah, dan berkas klaim rujukan bayi dengan inkubasi.

“Upaya yang sudah dilakukan rumah sakit yaitu penguatan proses pre claim. Dulu itu awalnya tidak ada, kan pemeriksaan berkas dengan tarif jauh atau perawatan lebih dari lima hari itu belum ada sekarang sudah di disiplinkan. Lalu berkas BBL terkait diagnosis tata laksana, berkas kasus bedah, berkas rujukan bayi dengan inkubasi, kita kuatkan di verifikasi pre claim.” (I-2)

3.1.6 Pelaksanaan Verifikasi Klaim di BPJS Kesehatan

Setelah rumah sakit melakukan pengajuan klaim di V-Claim dengan mengirimkan file txt, sistem diva akan melakukan *self filter* atau verifikasi awal dengan hasil output sesuai, warning, dan tidak sesuai. Warning berarti rumah sakit harus memeriksa kesesuaian dokumen yang dilampirkan. Tidak sesuai berarti rumah sakit harus melakukan perbaikan data yang tidak sesuai atau klaim tersebut termasuk dalam klaim yang tidak bisa ditagihkan jikalau memang tidak bisa diperbaiki. Dan sebelum pengajuan klaim final, pihak rumah sakit harus memastikan bahwa jumlah klaim yang diajukan sudah sesuai agar dapat terbaca dan dapat dilakukan pemeriksaan lebih lanjut oleh verifikator BPJS Kesehatan.

“Kalau ada klaim yang tidak sesuai ketentuan akan ditolak oleh sistem Diva. Kalau sudah ditolak dengan Diva berarti berkas tersebut belum diterima oleh BPJS.” (I-3)

Apabila klaim yang telah diajukan sudah masuk melalui V-Claim, maka verifikator BPJS Kesehatan akan membuat bukti penerimaan berkas dan melakukan pemeriksaan jumlah klaim dengan jangka waktu maksimal 10 hari kerja. Setelah klaim dinyatakan lengkap maka dilakukan proses verifikasi melalui filter Vedika dengan jangka waktu maksimal 10 hari kerja.

Verifikator akan melakukan verifikasi kesesuaian berkas pendukung, kebenaran coding yang mengacu pada ICD-9 dan ICD 10 tahun 2010 dan BA kesepakatan panduan penatalaksanaan solusi tahun 2019, serta data yang diinput pada berkas klaim. Hasil verifikasi adalah layak, tidak layak, *pending*, dan *dispute* yang tertuang dalam Berita Acara hasil Verifikasi (BAHV).

“Verifikasi klaim dilakukan maksimal 10 hari kalender sejak berklas klaim dinyatakan lengkap atau berita acara penerimaan. Sesudah membuat berita acara klaim lengkap ada waktu verifikasi selama 10 hari kerja lagi.” (I-3)

“Maksimal 15 hari dari kita ngeklaim, tetapi biasanya konfirmasi oleh BPJS di hari ketujuh harusnya sudah dikirimkan...Jadi dari rumah sakit bisa segera mengerjakan dan setelah 15 hari BAHV keluar langsung dengan kasus pendingan. Sejauh ini kalau untuk BAHV-nya memang dikirimkan tepat di 15 hari, cuma untuk konfirmasinya yang kadang melebihi dari pihak BPJS” (I-1)

Hasil verifikasi akan tertuang pada Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) yang akan dikirimkan setelah proses verifikasi selesai. Selain BAHV, BPJS Kesehatan juga akan mengirimkan file excel yang berisi penjelasan klaim tertunda agar fasilitas kesehatan dapat memperbaikinya.

“Setiap klaim pending harus diberikan penjelasan alasan pending dan perbaikan atau konfirmasi yang diperlukan. Dengan harapan faskes segera menagihkan klaim, kalau

tidak diberikan penjelasan kenapa pending faskes tidak akan bisa memperbaiki atau menagihkan klaim lagi nantinya.” (I-3)

“Dari BPJS akan memberikan konfirmasi beberapa dokumen yang dianggap masih belum kuat untuk diajukan (belum bisa dibayarkan klaimnya). Akan terdapat keterangan kenapa dokumen tersebut dipending. Lalu pihak rumah sakit akan memberikan jawaban terkait konfirmasi tersebut.” (I-1)

“Kalau koordinasi selama ini bisa secara langsung via telegram atau secara tidak langsung melalui surat. Biasanya kalau untuk pemberitahuan berkasnya pending mohon segera diselesaikan biasanya melau surat ...” (I-2)

3.1.7 Pelaksanaan Pengajuan Klaim di RSIA Puri Bunda Malang

Pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dilakukan maksimal pada tanggal 10 setiap bulan. Sedangkan, target RSIA Puri Bunda Malang dalam mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan yaitu di tanggal 5 setiap bulan. Selama ini RSIA Puri Bunda Malang belum pernah terlambat dalam mengajukan klaim, kecuali jika terdapat kepentingan rumah sakit lainnya.

“Selama ini rumah sakit belum pernah melewati batas waktu ketentuan” (I-1)

“Untuk yang bulan ini (pengajuan klaim bulan februari) kita memang terlambat untuk nge klaim kan nya karena ada proses akreditasi, tetapi kita sudah mengajukan surat terlebih dahulu kepada BPJS Jadi kita ijin dahulu kalau terlambat.” (I-1)

Dapat diketahui proses pengajuan klaim dimulai dari pasien yang mendaftarkan diri di TPP untuk mendapatkan SEP yang akan dicetak oleh petugas dengan syarat nomor BPJS dalam keadaan aktif atau tidak ada kendala. Jika terdapat kendala, pihak rumah sakit akan memberikan waktu 3x24 jam untuk menyelesaikannya. Setelah itu, lembar SEP akan digabungkan dalam berkas rekam medis pasien di ruang perawatan sampai pasien pulang. Pengambilan berkas akan dilakukan oleh petugas distribusi dalam waktu 2x24 jam setelah pasien pulang untuk diproses di unit rekam medis. Lalu berkas dari ruang perawatan akan dipilah dalam dua kategori yaitu untuk pasien BPJS Kesehatan dan pasien Umum, untuk berkas rekam medis pasien BPJS Kesehatan akan disatukan dengan lembar kwitansi atau billing. Koder rawat inap akan melakukan input data pada sistem INA CBG's dan melihat apakah ada selisih yang jauh antara tarif rumah sakit dan tarif INA CBG's. Jika terdapat berkas dengan tarif jauh atau koding sulit yang tidak diketahui oleh koder, maka berkas tersebut akan turun ke verifikator internal rumah sakit. Setelah proses penginputan data di INA CBG's selesai, petugas administrasi casemix akan melakukan scan berkas untuk pengajuan klaim. Lalu sebelum Kepala Unit rekam medis mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan, Manajer keuangan akan melakukan checklist terakhir kesesuaian jumlah pengajuan klaim yang akan diajukan. Berikut kutipan wawancara dengan informan,

“Kalau finishing termasuk ceklist atau absensi dari bagian keuangan melihat berkas tersebut sudah diinput atau belum. Karena jumlah dokumen yang akan diajukan harus sesuai dengan jumlah ceklist an itu.” (I-1)

“Setelah itu, petugas administrasi akan melakukan checklist dari kasir ... nanti akan di checklist sudah sesuai atau belum untuk jumlah pasien dan nama pasien. Proses ini akan

dilakukan selama satu bulan (setiap hari). Setelah satu bulan, pada saat akan finishing atau mau pengajuan klaim, petugas casemix akan melakukan checklist lagi dari bagian keuangan (Manajer Keuangan) takutnya ada yang terlewat. Nanti kalau sudah clear semua baru akan dilakukan proses penarikan data enkrip kemudian diajukan di vclaim.” (I-1)

“Yang di input di INA CBG’s itu tanggal masuk dan pulang beserta jam nya, jenis perawatan, DPJP, cara pulang bagaimana, pasien TB atau tidak, apakah insiden covid, tarif rumah sakit, koding, tekanan darah, lalu di grouper dan akan keluar tarif INA CBG’s. Nanti yang diunduh itu semua data yang akan diajukan (secara keseluruhan) dan akan dikirimkan ke V-claim.” (I-1)

3.2 Pembahasan

3.2.1 Sumber Daya Manusia (Man)

Ketersediaan SDM

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa petugas tim casemix yang dibentuk untuk melakukan pengajuan klaim berjumlah enam orang yakni dua petugas koder rawat jalan, dua koder rawat inap, satu petugas administrasi dan satu verifikasi internal rumah sakit. Namun, dua petugas diantaranya mempunyai tanggung jawab dalam pekerjaan lainnya. Salah satu koder rawat inap merupakan kepala unit rekam medis dan beliau bertanggung jawab pula pada pemeriksaan berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan, selain itu petugas verifikasi internal rumah sakit juga merupakan manajer penunjang medis rumah sakit. Kebutuhan sumber daya manusia dapat diperoleh dengan melakukan pengukuran beban kerja yang bertujuan untuk menentukan jumlah kebutuhan petugas dalam menyelesaikan suatu pekerjaan (Kurnia & Mahdalena, 2022).

Terpenuhinya jumlah petugas rekam medis dengan penjabaran tugas yang sudah sesuai akan berpengaruh pada pemberian pelayanan yang lebih maksimal. Apabila klaim yang diajukan berjumlah banyak dan tidak diimbangi dengan kecukupan jumlah SDM, maka dapat menyebabkan petugas menjadi kurang fokus dan kelelahan dalam menjalankan tugasnya (Sjahrir & Wijayanti, 2022).

Pemahaman dan Ketelitian SDM

Kualitas koding mencakup empat elemen yang meliputi *reability*, *validity*, *completeness*, dan *timeliness*. Dari keempat elemen tersebut dipengaruhi oleh faktor sumber daya manusia (SDM), tingkat pendidikan dan pengetahuan SDM (Kurnia & Mahdalena, 2022). Di RSIA Puri Bunda Malang diketahui bahwa terdapat dua koder rawat inap yang akan melakukan entri data di INA CBG’s. Pembagian beban kerja petugas cukup stabil sesuai dengan jobdesk yang telah ditentukan. Namun, salah satu koder rawat inap merupakan Kanit rekam medis yang bertanggung jawab pula pada pengajuan klaim dan pemeriksaan berkas klaim yang dikembalikan BPJS Kesehatan. Adanya penambahan beban kerja ini dikhawatirkan akan berdampak pada ketidaktelitian dalam melakukan pengkodean.

Pendidikan petugas koding telah sesuai dengan Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis yakni minimal Diploma III Rekam Medis. Diketahui petugas koding rumah sakit merupakan lulusan D3 rekam medis dan informasi dan D4 manajemen informasi kesehatan, sehingga dapat dikatakan memiliki kualitas SDM yang

memadai. Namun, pemahaman koder terkait klinis terbatas karena memang pendidikan yang diambil tidak mempelajari lebih dalam mengenai klinis. Sehingga pada saat pemeriksaan berkas klaim mengalami kesulitan dalam memeriksa kesesuaian antara diagnosis, tata laksana dan tindakan yang dilakukan. Pemahaman dan keterampilan yang baik akan berdampak pada hasil kinerja yang baik pula di rumah sakit. Apabila SDM yang tersedia sudah berpengalaman dan mempunyai pemahaman terkait klaim yang memadai, maka kesalahan pada proses verifikasi klaim dapat dicegah (Lewiani et al., 2017).

Untuk persyaratan kelengkapan formulir dan berkas pengajuan klaim sudah diketahui dan dipahami baik oleh petugas pengajuan klaim. Namun, pada penginputan E-Claim di INA CBG's masih terdapat kesalahan karena kurangnya ketelitian sehingga verifikator BPJS Kesehatan melakukan konfirmasi untuk diperbaiki.

3.2.2 Kelengkapan Berkas Klaim (*Material*)

Diketahui pada proses pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan masih terdapat kendala diantaranya kesulitan dalam melengkapi resume medis karena harus berkoordinasi dengan DPJP dan adanya resiko kehilangan berkas klaim karena petugas kurang berhati-hati dalam menyimpan berkas klaim pada saat proses verifikasi internal. Hal ini terjadi karena banyaknya berkas klaim yang keluar masuk untuk dilakukan pemeriksaan oleh verifikator internal sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan sehingga rawan terjadinya kehilangan berkas klaim. Dalam Buku Panduan Praktis Administrasi Fasilitas Kesehatan yang diluncurkan BPJS Kesehatan (2015) disebutkan bahwa kelengkapan informasi sangatlah penting. Kelengkapan formulir pada berkas klaim merupakan bagian terpenting yang harus diperhatikan dalam proses klaim (Nomeni et al., 2020). Dan kelengkapan persyaratan berkas klaim juga menjadi salah satu syarat penerimaan pengajuan klaim (Herman et al., 2020).

Menurut Permenkes Nomor 55 tahun 2013, rekam medis yaitu berkas yang berisi dokumen dan catatan terkait identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lainnya kepada pasien di fasilitas kesehatan (Kemenkes RI, 2013). Apabila salah satu berkas yang diperlukan tidak ada khususnya pada resume pasien pulang akan menghambat proses klaim. Karena pada resume pasien pulang terdapat diagnosis penyakit pasien yang merupakan dasar penetapan kode diagnosis penyakit oleh koder yang akan mempengaruhi tarif INA CBG's (Librianti et al., 2019). Hal ini sesuai dengan Permenkes Nomor 27 Tahun 2014, bahwa proses entri aplikasi INA CBG's menggunakan data dari resume medis dan perlu diperhatikan pula terkait kelengkapan data administratif untuk keabsahan klaim (Kemenkes RI, 2014b). Dan apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas, maka akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi (BPJS Kesehatan, 2015). Pengisian rekam medis pada hakikatnya dipengaruhi oleh pemahaman dan pengetahuan para petugas rumah sakit terkait cara pengisian dan kepatuhan terhadap aturan (Librianti et al., 2019).

Tugas dan tanggung jawab seorang dokter yaitu menuliskan dan menegakkan diagnosis primer dan sekunder sesuai dengan ICD-10, menuliskan seluruh prosedur/tindakan yang dilakukan sesuai dengan ICD-9-CM, serta menyusun resume medis pasien secara lengkap dan jelas selama masa perawatan di rumah sakit (Indawati, 2019). Oleh karena itu, diharapkan dokter dapat menuliskan diagnosis dan hasil pemeriksaan penunjang pasien dengan lengkap dan jelas (Santiasih et al., 2021). Kelengkapan berkas resume medis pasien rawat inap dapat menunjukkan akurasi BPJS Kesehatan dalam memberikan jaminan. Sehingga, petugas penting

untuk memeriksa kelengkapan rekam medis pasien dan memastikan syarat pengajuan klaim sudah terpenuhi (Maulida, 2022).

3.2.3 Sistem INA CBG's (*Machine*)

Penyelesaian pengajuan klaim secara tepat waktu tidak lepas dari kelancaran sistem yang digunakan termasuk pada grouper INA CBG's (Sjahrir & Wijayanti, 2022). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, faktor yang menghambat kerja petugas dalam proses pengajuan klaim yaitu proses purifikasi yang membutuhkan waktu lama, updating sistem INA CBG's dan fitur di INA CBG's yang kurang lengkap. Purifikasi data bertujuan untuk memvalidasi output data INA CBG's yang ditagihkan oleh rumah sakit terhadap data penerbitan SEP (Lewiani et al., 2017). Adanya *maintenance* INA CBG' menyebabkan proses klaim semakin lama karena sistem yang tidak bisa diakses. Selain itu, pada INA CBG's tidak ada penanda berkas *pending* klaim yang belum lolos verifikasi. Sehingga pihak rumah sakit harus melakukan pendataan sendiri. Kendala pada sistem INA CBG's tersebut menyebabkan proses pengajuan klaim membutuhkan waktu yang lebih lama (Sjahrir & Wijayanti, 2022).

3.2.4 Panduan Pelaksanaan (*Method*)

Identifikasi SOP

Dari penelitian yang dilakukan didapatkan hasil bahwa di RSIA Puri Bunda Malang belum ada standar operasional prosedur (SOP) pelaksanaan verifikasi klaim BPJS Kesehatan secara khusus. Selama ini, pihak rumah sakit akan mengatur strategi tersendiri dalam melakukan verifikasi klaim sesuai yang diminta oleh BPJS Kesehatan. Manfaat dan peran SOP yaitu sebagai pedoman suatu organisasi dan menjadi landasan kebijakan semua tindakan baik dalam lingkup operasional maupun administrasi dalam memvalidasi langkah-langkah kegiatan suatu organisasi agar tercapainya tujuan. Untuk itu, rumah sakit perlu mempunyai SOP agar petugas mempunyai pedoman kerja dan memahami pelaksanaan tugas atau pekerjaannya (Tambunan et al., 2022).

Identifikasi Pedoman

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa salah satu penyebab pengembalian berkas klaim yaitu karena kurang tepatnya koding. Hal ini terjadi dikarenakan ketidaksesuaian koding INA CBG's dengan koding pada ICD-10 dan ICD-9 CM (Maulida, 2022). Penulisan kode diagnosis dilakukan oleh petugas koder dan bukan tugas seorang dokter penanggung jawab pasien (DPJP) (Puspilasari et al., 2022). Pada Permenkes Nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis menyebutkan bahwa informasi pada rekam medis dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien, karena dokter mempunyai kewajiban, tanggung jawab dan hak untuk menetapkan diagnosis dan pelayanan yang telah diberikan, dan oleh karena itu tidak boleh diubah oleh pihak lain (Kemenkes RI, 2008). Kualitas kode yang dihasilkan oleh petugas koder dapat ditentukan oleh data dasar yang ditulis dan ditentukan oleh DPJP (Santiasih et al., 2021).

Regulasi terkait pengkodean seringkali mengalami perubahan, dengan hal ini mengharuskan seorang koder untuk selalu mengikuti perubahan yang terjadi. Pemahaman tersebut berkaitan erat dengan persamaan persepsi seluruh petugas koder dalam melakukan koding diagnosis atau tindakan (Kurnia & Mahdalena, 2022). Untuk itu, BPJS Kesehatan harus lebih memperhatikan dan melakukan sosialisasi perubahan regulasi kepada tim medis

lapangan baik dari pihak administrasi rumah sakit maupun administrasi BPJS Kesehatan (Santiasih et al., 2021).

Dalam penelitian (Indawati, 2019), menyebutkan bahwa adanya perbedaan persepsi antara dokter dan verifikator BPJS Kesehatan mengenai diagnosis yang diberikan akan menyulitkan posisi petugas koder. Dikarenakan koder melakukan pengkodean sesuai dengan tulisan, namun beberapa memang terdapat ketidaksesuaian dengan konsensus. Selain itu, diperlukan kesesuaian pemahaman antara koder, verikator internal rumah sakit, dan verifikator BPJS Kesehatan terkait pengkodean agar klaim yang diajukan akurat dan dapat dipertanggungjawabkan (Daniyah & Susanto, 2020). Perbedaan persepsi dapat terjadi sekalipun menggunakan aturan dasar atau panduan yang sama. Oleh sebab itu, diperlukan koordinasi dan kerjasama yang baik antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan agar dapat menyamakan persepsi dengan aturan yang berlaku (Indawati, 2019).

3.2.5 Pelaksanaan Verifikasi Klaim di RSIA Puri Bunda Malang

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pelaksanaan verifikasi klaim di RSIA Puri Bunda Malang dilakukan pada bagian-bagian tertentu seperti verifikasi administrasi kepesertaan akan dilakukan oleh petugas TPP, verifikasi administrasi pelayanan akan dilakukan oleh petugas kasir dan koder, serta verifikasi pelayanan akan dilakukan oleh verifikator internal dan koder. Jadi pelaksanaan verifikasi berkas klaim tidak dibebankan pada verifikator internal saja melainkan juga kepada petugas yang diberikan tanggung jawab sesuai dengan jobdesk masing-masing. Namun, diketahui pada pelaksanaan verifikasi administrasi pelayanan yang dilakukan hanya melakukan pemeriksaan kesesuaian data yang diinput pada INA CBG's. Sedangkan menurut Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim (BPJS Kesehatan, 2014) dijelaskan bahwa pada proses verifikasi administrasi pelayanan juga melakukan pemeriksaan kesesuaian berkas klaim dengan persyaratan kelengkapan berkas.

Pelaksanaan verifikasi berkas klaim JKN merupakan hal terpenting karena fasilitas kesehatan berkewajiban untuk melengkapi berkas klaim sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan. Segala biaya pelayanan pasien JKN yang telah diberikan oleh fasilitas kesehatan wajib dilaporkan untuk mendapatkan penggantian sesuai dengan biaya tarif INA CBG's (Susan et al., 2016). Klaim yang diajukan kepada pihak verifikator BPJS Kesehatan harus dalam kondisi siap dibayarkan. Berkas klaim yang siap diajukan yakni apabila dianggap sudah memenuhi kelengkapan berkas. Semua kelengkapan berkas klaim dari proses entry data hingga pengkodean akan dikirimkan kepada BPJS Kesehatan dalam bentuk txt untuk dilakukan verifikasi (Lewiani et al., 2017). Hasil verifikasi akan tertuang dalam berita acara hasil verifikasi (BAHV) yang akan dikirimkan oleh verifikator BPJS Kesehatan setelah proses verifikasi selesai. Selain BAHV, BPJS Kesehatan juga akan mengirimkan file excel yang berisi penjelasan alasan klaim tertunda agar fasilitas kesehatan dapat memperbaikinya.

Pada tahapan verifikasi merupakan tahap klaim yang rentan terjadi permasalahan, oleh karena itu diperlukannya konfirmasi dan klarifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan kepada rumah sakit. Sehingga apabila verifikator BPJS Kesehatan menemukan berkas klaim yang menurutnya kurang memenuhi syarat, tidak sesuai dengan fakta di lapangan, atau kurang tepat dalam hal lain, maka verifikator BPJS Kesehatan akan menanyakan hal tersebut kepada verifikator internal rumah sakit. Dan nantinya verifikator internal rumah sakit akan melakukan konfirmasi serta klarifikasi kepada verifikator BPJS Kesehatan dengan fakta dan data sebenarnya (Daniyah & Susanto, 2020).

3.2.6 Pelaksanaan Verifikasi Klaim di BPJS Kesehatan

Verifikasi berkas klaim bertujuan untuk membuktikan bahwa biaya program JKN yang dikelola BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat sasaran, tepat jumlah dan tepat waktu (Nomeni et al., 2020). Pada petunjuk teknis verifikasi klaim yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan dijelaskan tahapan verifikasi klaim diawali dengan verifikasi administrasi klaim, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan, dan verifikasi menggunakan aplikasi INA CBG's. Verifikasi administrasi kepesertaan untuk memastikan kesesuaian SEP pada berkas klaim dengan INA CBG's, verifikasi administrasi pelayanan untuk mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan persyaratan kelengkapan berkas, verifikasi pelayanan kesehatan untuk membuktikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan merujuk pada ICD-9, ICD-10, dan juknis INA CBG's. Sedangkan pada verifikasi menggunakan INA CBG's dengan melakukan purifikasi data, melakukan proses verifikasi administrasi, proses verifikasi lanjutan untuk menghindari terjadinya eror verifikasi dan potensi *double* klaim dan diakhiri proses finalisasi klaim pada aplikasi INA CBG's (BPJS Kesehatan, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui pemeriksaan berkas klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan diawali dengan melakukan verifikasi administrasi pelayanan. Verifikasi administrasi kepesertaan telah dilakukan oleh pihak rumah sakit. Sehingga proses pemeriksaan kepesertaan tidak dilakukan lagi oleh BPJS Kesehatan karena apabila SEP pasien sudah dapat dicetak pada awal pendaftaran pasien maka pasien tersebut berhak mendapatkan pelayanan. Pada verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan juga melakukan kesesuaian hak kelas pasien JKN selama masa perawatan. Apabila peserta JKN dirawat bukan pada kelasnya seperti pasien JKN kelas 2 tetapi dirawat di kelas 3, maka tetap dibayar sesuai dengan kelas perawatan yang diberikan (Lewiani et al., 2017).

Setelah dilakukan verifikasi, berkas klaim akan dikirim ke kantor cabang BPJS Kesehatan untuk dilakukan persetujuan oleh Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan (MPKR). Setelah berkas klaim disetujui akan diserahkan kepada tim keuangan untuk dibuatkan surat perintah membayar (SPM) yang ditanda tangani oleh Kepala Unit Keuangan dan Kepala Cabang. Selanjutnya SPM akan diserahkan kepada yang bekerjasama untuk dilakukan pembayaran ke rekening fasilitas kesehatan (Lewiani et al., 2017).

3.2.7 Pelaksanaan Pengajuan Klaim di RSIA Puri Bunda Malang

Pengajuan klaim pasien rawat inap di RSIA Puri Bunda Malang dilakukan secara kolektif dan periodik setiap awal bulan maksimal di tanggal 10 setiap bulannya. Selama ini, RSIA Puri Bunda Malang belum pernah mengalami keterlambatan dalam mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan harus memenuhi persyaratan kelengkapan dan sudah siap untuk dibayarkan. Proses pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap dimulai dari pasien mendaftar di loket pendaftaran dengan membawa kartu BPJS Kesehatan dan kartu identitas diri untuk pembuatan SEP, lalu pasien akan mendapatkan perawatan di rumah sakit, apabila dokter sudah memperbolehkan untuk pulang maka berkas rekam medis pasien akan dibawa ke ruang pengkodingan untuk diklaimkan ke BPJS Kesehatan (Lewiani et al., 2017).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui RSIA Puri Bunda akan melakukan checklist berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan. Hal ini dilakukan untuk menyesuaikan jumlah dokumen pada aplikasi E-Claim, absensi keuangan dan hasil scan berkas klaim.

Namun, pada tahap ini hanya melakukan pemeriksaan jumlah dokumen yang diajukan tanpa melakukan pemeriksaan kelengkapan dan kesesuaian pengisian. Selain itu, diketahui petugas rekam medis akan melakukan assembling rekam medis yang merupakan proses pengumpulan dan pengurutan dokumen rekam medis pasien setelah proses pengajuan klaim selesai. Seharusnya berkas rekam medis dari ruang rawat inap diserahkan ke petugas tim casemix untuk dilakukan assembling dan pemeriksaan rekam medis sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan (Librianti et al., 2019).

Keterbatasan Penelitian

Pada saat penelitian dilakukan, terdapat keterbatasan peneliti dalam pengambilan data. Informan dalam penelitian hanya berjumlah 3 informan yang meliputi 2 informan dari pihak rumah sakit dan 1 informan dari BPJS Kesehatan. Pemilihan informan di rumah sakit terbatas dikarenakan hanya 2 orang yang paham dan berkecimpung langsung pada kasus permasalahan klaim. Sedangkan pemilihan informan di BPJS Kesehatan, peneliti mengajukan verifikator BPJS Kesehatan sebagai informan penelitian, namun yang disetujui dan dipilih oleh pihak BPJS Kesehatan yaitu Kepala Bagian Penjaminan Manfaat. Selain itu, pengambilan data yang dilakukan oleh peneliti tidak sepenuhnya secara langsung melainkan ada yang secara *virtual* melalui telepon dan *zoom meeting*. Hal ini, menyebabkan peneliti tidak bisa menggali informasi secara mendalam.

4. Simpulan

Kesimpulan yang didapatkan yaitu terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan pengajuan klaim di RSIA Puri Bunda Malang meliputi adanya penambahan beban kerja dan keterbatasan pemahaman petugas koder terkait klinis sehingga berdampak pada ketidaktelitian petugas dalam melakukan pengkodean. Untuk itu diperlukan pengukuran beban kerja petugas dan melakukan sesi pelatihan pengkodean guna meningkatkan pemahaman koder. Petugas pengajuan klaim masih mengalami kesulitan dalam melengkapi isi resume medis pasien dan adanya resiko kehilangan berkas klaim pada saat verifikasi internal sehingga menyebabkan ketidaktelitian berkas pengajuan klaim. Kendala di sistem INA CBG's juga berdampak pada proses pengajuan klaim yang membutuhkan waktu lama. RSIA Puri Bunda Malang belum mempunyai SOP secara khusus terkait verifikasi klaim, namun dalam pelaksanaannya sudah sesuai dengan arahan BPJS Kesehatan. Panduan pengkodean yang dijadikan acuan masih menimbulkan perbedaan antara kedua belah pihak. Untuk itu diperlukan sosialisasi untuk petugas koder, DPJP, dan verifikator terhadap regulasi yang sedang berlaku. Pelaksanaan verifikasi klaim di RSIA Puri Bunda Malang hanya melakukan pemeriksaan kesesuaian jumlah berkas klaim tanpa melakukan pemeriksaan persyaratan kelengkapan berkas klaim. Sedangkan pelaksanaan verifikasi di BPJS Kesehatan sudah sesuai dengan petunjuk teknis, namun tidak melakukan verifikasi administrasi kepesertaan karena sudah dilakukan di rumah sakit. Diharapkan RSIA Puri Bunda Malang dapat melakukan pemeriksaan persyaratan kelengkapan berkas sebelum pengajuan klaim.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada BPJS Kesehatan Cabang Malang, Rumah Sakit Ibu dan Anak Puri Bunda Malang, serta pihak-pihak lain yang terlibat atas partisipasi dan dukungannya dalam pelaksanaan penelitian ini.

Daftar Rujukan

- Ahid, M., Sandra, C., & Utami, S. (2021). Digital Verification Claim System (Vedika) Bpjs Kesehatan Sidoarjo Regional Public Hospital In 2019. *Journal of Public Health Research and Community Health Development (JPH RECODE)*, 5.
- BPJS Kesehatan. (2014). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2015). Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/detail/47>
- BPJS Kesehatan. (2021). BPJS Kesehatan Laksanakan Seleksi Faskes Tahun 2022.
- Daniyah, R., & Susanto, A. (2020). Keakuratan Kodefikasi Diagnosis Pasien Bpjs Kesehatan Rawat Inap dengan Kasus Pending Klaim (Dispute) di Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang. *Journal Of Medical Records And Helath Information*, 1. <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1mkxE3HtR1T0VGCQ-3vMHM00lpGMXUxVm>
- Herlinda, V., Darwis, D., & Dartono, D. (2021). Analisis Clustering Untuk Recredesialing Fasilitas Kesehatan Menggunakan Metode Fuzzy C-Means. *Jurnal Teknologi dan Sistem Informasi*, 2(2), 94–99. <http://jim.teknokrat.ac.id/index.php/sisteminformasi/article/view/890>
- Herman, L. N., Farlinda, S., Ardianto, E. T., & Abdurachman, A. S. (2020). Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas Bpjs Rawat Inap Di Rsup Dr. Hasan Sadikin. *Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1.
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7.
- Irmawati, 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*, 1. <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1mkxE3HtR1T0VGCQ-3vMHM00lpGMXUxVm>
- Kemendes RI. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Mendes/Per/111/2008.
- Kemendes RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.
- Kemendes RI. (2014a). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Kemendes RI. (2014b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs).
- Kurnia, E. K., & Mahdalena. (2022). Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X Periode Triwulan I Tahun 2022. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional*.
- Lewiani, N., Lisnawaty, & Akifah. (2017). Proses Pengelolaan Klaim Pasien Bpjs Unit Rawat Inap Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2. [http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=538736&val=9109&title=Proses Pengelolaan Klaim Pasien Bpjs Unit Rawat Inap Rumah Sakit Dr R Ismoyo Kota Kendari Tahun 2016](http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=538736&val=9109&title=Proses%20Pengelolaan%20Klaim%20Pasien%20Bpjs%20Unit%20Rawat%20Inap%20Rumah%20Sakit%20Dr%20R%20Ismoyo%20Kota%20Kendari%20Tahun%202016)
- Librianti, Rumenengan, G., & Hutapea, F. (2019). Analisa Pengisian Rekam Medis Dalam Rangka Proses Kelengkapan Klaim BPJS Di RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi 2018. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 9.
- Maulida, E. S. (2022). Analisis Fungsi Manajemen Dalam Upaya Penanganan Pending Klaim Bpjs Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Stikes Yayasan Rs Dr. Soetomo Surabaya*.
- Nomeni, H. E., Sirait, R. W., & Kenjam, Y. (2020). Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe. *Media Kesehatan Masyarakat*, 2. <https://ejournal.undana.ac.id/index.php/MKM/article/view/2795/2068>
- Paulina, D. I., & Medica, S. T. F. (2022). Problematika Pencairan Hak Jasa Layanan Rumah Sakit Oleh BPJS Kesehatan. *Jurnal Pendidikan, Sosial dan Keagamaan*, 20. <http://ejournal.kopertais4.or.id/tapalkuda/index.php/qodiri/article/view/4807/3383>
- Puspilarsari, B., Sudiro, & Harahap, J. (2022). Analisis Perbedaan Kode Diagnosis Icd-10 Antara Rumah Sakit Dengan Verifikator Bpjs Kesehatan. *Jurnal Keperawatan Priority*, 5.
- Rahayu, P. M. S., & Putu Ayu Indrayathi. (2017). Gambaran Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Harapan Bunda Tahun 2016. *Archive of Community Health*. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/ach/article/view/52539/31001>

- 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(1), 72–83. <https://ojs.iik.ac.id/index.php/wiyata/article/view/254>
- RSIA Puri Bunda Malang. (2023). Rekapitulasi Pengajuan Klaim JKN Reguler RSIA Puri Bunda Tahun 2022.
- Santiasih, W. A., Simanjong, A., & Satria, B. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rsud Dr.Rm Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7. <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1mkxE3HtR1T0VGCQ-3vMHM00lpGMXUxVm>
- Sjahir, L., & Wijayanti, R. A. (2022). Faktor Penyebab Pending Claim Ranap Jkn Dengan Fishbone Diagram Di Rsup Dr Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10. <https://jmiki.apfirmik.or.id/jmiki/article/view/182/281>
- Susan, F. O., Arso, S. P., & Wigati, P. A. (2016). Analisis Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan RSUD Kota Semarang Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*, 4(4), 32–42. <https://www.neliti.com/id/publications/107920/>
- Tambunan, S., Putra, D. H., Indawati, L., & Fannya, P. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Tertunda Di Rsud Tarakan. *Comserva (Jurnal Penelitian dan Pengabdian Masyarakat)*, 1.
- Wahyuni, Y., & Suharyo. (2020). Analisis Implementasi Verifikasi Digital Klaim (Vedika) Dengan Kejadian Tertundanya Klaim Bpjs Kesehatan Pada Bulan Januari, Februari Dan Maret 2019 Di Rs Panti Rahayu Purwodadi. *Visikes : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18. <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1mkxE3HtR1T0VGCQ-3vMHM00lpGMXUxVm>
- Widyastuti, A. Y. (2018). RS Swasta Keluhkan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Sering Telat. Diambil kembali dari tempo.co.
- Winarti, W., & Sukmawati, T. D. (2022). Gambaran Sistem Pengajuan Klaim Pasien Rawat Inap Bpjs Kesehatan Di Rsud X Kabupaten Bandung. *Jurnal Teras Kesehatan*, 5.
- Yudhistira, R. (2018). Kajian Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Blambangan Tahun 2017.