



Gambaran Kejadian Pending dan Dispute dalam Proses Pengklaiman BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap di RSU Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2022

Overview of Pending and Dispute Events in the Health BPJS Claiming Process for Inpatients at Imelda Hospital, Medan, Indonesia in 2022

Valentina*, Esraida Simanjuntak², Siti Permata Sari Lubis³, Linfia Isti Zenika Hulu⁴

^{1,2,3,4} Universitas Imelda Medan, Prodi Perkam dan Informasi Kesehatan

ABSTRACT

BPJS Kesehatan as the executor of the JKN program has several obstacles in the claim verification process, one of which is the rejection of the file by the verifier. The aim of this research is to describe the implementation of the BPJS Kesehatan claim system for inpatients at Imelda Pekerja Indonesia Hospital. This type of research is qualitative with a case study approach. The method uses observation and interviews. The research subjects were all pending and disputed inpatient medical record claim files in March 2022 with a total of 94 claim files. The informants were 3 BPJS Kesehatan claim officers. The results showed that there were 420 hospitalization files claimed in March 2022, of which 326 files (78%) were received and 94 files (22%) were rejected (pending claims). This is due to the mismatch of the main diagnostic code with the diagnosis and supporting examinations, not attached medical indications (initial admission), scan results of supporting examinations, action reports are unclear and illegible, scan results of action/surgery reports are unclear and illegible, supporting examinations, Schedule of Drug Administration (JPO) and referral letters that have not been attached. Of the 94 files pending claims that were resubmitted, 67 files (71%) were accepted and 27 files (29%) were rejected (dispute claims). This was due to disagreements on the main and secondary diagnostic codes on the INA-CBGs between the hospital and the BPJS verifier. It is recommended for the claimant to re-verify and complete the documents before the claim process.

ABSTRAK

BPJS Kesehatan sebagai pelaksana program JKN memiliki beberapa kendala dalam proses verifikasi pengklaiman, salah satunya ialah penolakan berkas oleh verifikator. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan implementasi sistem klaim Kesehatan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Pekerja Imelda Indonesia. Jenis penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metode menggunakan observasi dan wawancara. Subyek penelitian yaitu seluruh berkas klaim rekam medis rawat inap yang pending dan disengketakan pada bulan Maret 2022 sebanyak 94 berkas klaim. Informan sebanyak 3 petugas klaim BPJS Kesehatan. Hasil penelitian diperoleh bahwa berkas rawat inap yang diklaim pada Maret 2022 sebanyak 420 berkas, dimana 326 berkas (78%) diterima dan 94 berkas (22%) ditolak (klaim tertunda/pending). Pending klaim disebabkan ketidaksesuaian kode diagnosa utama dengan diagnosa dan pemeriksaan penunjang, tidak terlampir indikasi medis (awal masuk), hasil scan pemeriksaan penunjang, laporan tindakan kurang jelas dan tidak terbaca, hasil scan laporan tindakan/operasi kurang jelas dan tidak terbaca, pemeriksaan penunjang, Jadwal Pemberian Obat (JPO) dan surat rujukan yang belum dilampirkan. Dari 94 berkas yang pending klaim yang diajukan kembali sebanyak 67 berkas (71%) diterima dan 27 berkas (29%) berkas klaim yang ditolak kembali (dispute klaim). Hal ini disebabkan ketidaksepakatan kode diagnosa utama dan sekunder pada INA-CBGs antara rumah sakit dan verifikator BPJS. Disarankan kepada petugas pengklaiman untuk memverifikasi ulang dan melengkapi kelengkapan dokumen sebelum proses pengklaiman.

Keywords : BPJS, Claims, Inpatients

Kata Kunci : BPJS, Pengklaiman, Pasien Rawat Inap

Correspondence: Valentina
Email : valentinave98@gmail.com

• Received 15 November 2022 • Accepted 7 Februari 2023 • Published 31 Juli 2023
• p - ISSN : 2088-7612 • e - ISSN : 2548-8538 • DOI: <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol9.Iss2.1397>

PENDAHULUAN

Program jaminan kesehatan nasional merupakan program pemerintah yang didorong saat ini dikarenakan dapat memberikan kemudahan pelayanan kesehatan, terutama masyarakat yang kurang mampu untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diterima, dimana program ini dijalankan oleh BPJS.(1) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang disingkat dengan BPJS merupakan Badan hukum yang dibentuk oleh pemerintah Indonesia, terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, yang fungsinya untuk menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional. (2)

BPJS Kesehatan mengajak kerja sama beberapa pihak rumah sakit, baik rumah sakit swasta maupun rumah sakit pemerintah. Sistem pembayaran yang digunakan dalam pelayanan BPJS Kesehatan adalah sistem pembayaran secara prospektif atau dikenal dengan *system casemix*. Di Indonesia, sistem pembayaran ini sudah diterapkan sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008.(3)

Rumah sakit akan melakukan pengajuan klaim biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS dengan menggunakan sistem casemix Indonesia *Case Base Group* (INA-CBGs). Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan yang diterima oleh pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit dan setiap bulan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan. Pada saat melakukan pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki beberapa tahap administrasi kepersertaan, verifikasi pelayanan kesehatan, administrasi pelayanan, dan verifikasi kelengkapan berkas klaim. (4)

Saat ini masih banyak rumah sakit yang mengalami kendala dalam proses verifikasi klaim BPJS salah satunya ialah penolakan berkas oleh verifikator. Penolakan ini terjadi disebabkan tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, pengkodean diagnosis dan tindakan yang kurang tepat, atau resume tidak lengkap sehingga mengakibatkan penolakan yang berujung pada tertundanya proses klaim BPJS. (5)Penolakan dan

pengembalian berkas klaim tersebut menyebabkan berkas klaim tersebut mengalami pending klaim dan dispute klaim. Pengembalian berkas klaim besar kemungkinan terjadi bila ditemukan berkas persyaratan klaim tidak lengkap sehingga memperlambat proses pembayaran klaim. Dalam jurnal penelitian (6) terdapat beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim antara lain rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari surat eligibilitas peserta (SEP), perincian tagihan rumah sakit (manual atau *automatic billing*), resume medis/laporan status pasien/ keterangan diagnosis dari dokter yang merawat, bukti pelayanan lainnya, misalnya ; protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), dan berkas pendukung lain yang diperlukan. (7)

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Haji Surabaya diperoleh informasi bahwa penyebab pending klaim karena petugas koding kesulitan pada saat membaca tulisan dokter dan belum mengetahui beberapa singkatan baru istilah medis, ketidaklengkapan berkas klaim dan tidak adanya SOP yang mengatur tentang alur pelaksanaan proses klaim dan pengkodean klaim BPJS. (8)

Penelitian lainnya tentang faktor yang mempengaruhi pengembalian administrasi klaim BPJS Kesehatan ditinjau dari syarat-syarat kelengkapan administrasi klaim, ditemukan dari 882 berkas administrasi klaim BPJS yang diajukan sebanyak 31 berkas (3,15%) yang dikembalikan dan sebagian besar berasal dari unit rawat inap yaitu 26 berkas (2,92%) dari total berkas pasien BPJS yang diklaim. Penyebabnya yaitu kurangnya pemahaman petugas kesehatan di rawat inap dan rawat jalan dalam pengisian resume medis pasien dan tidak adanya prosedur yang mengatur alur dan persyaratan kelengkapan berkas administrasi klaim.(4)

Berdasarkan survei awal yang dilakukan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2022 ditemukan bahwa dalam pelaksanaan pengklaiman pasien rawat inap BPJS Kesehatan ditemukan masalah yang disebabkan oleh ketidaksesuaian kode diagnosis, ketidaklengkapan berkas seperti pemeriksaan penunjang tidak dilampirkan dan

ketidaklengkapan berkas administrasi. Data klaim di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan rawat inap menunjukkan bahwa melakukan pengklaiman pada bulan Maret-Mei 2022 diketahui terdapat kasus klaim ditolak dan dikembalikan yang menyebabkan pending klaim dan dispute klaim. Pada bulan Maret berkas klaim yang ditolak sebanyak 94 berkas (22%) dari 420 berkas yang diajukan, bulan April 2022 berkasklaim yang ditolak 100 berkas(21%) dari 472 berkas yang diajukan, dan bulan Mei berkas klaim yang ditolak sebanyak 84 berkas(18%) dari 464 berkas yang diajukan.

Berdasarkan data dan survei diatas, maka pentingnya untuk melengkapi berkas administrasi kepesertaan, berkas administrasi pelayanan, dan kesesuaian diagnosa.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang bertujuan untuk mendeskripsikan tentang kejadian pending dan dispute dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di RSUD Imelda Pekerja Indonesia. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan yang berlokasi di Jalan Bilal No. 24 Pulo Brayon Darat I Medan Sumatera Utara. Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh berkas klaim pasien rawat inap yang pending dan dispute pada bulan Maret 2022 sebanyak 94 berkas klaim. Informan yang digunakan dalam penelitian ini adalah petugas pengklaiman BPJS Kesehatan yang melakukan klaim pada berkas pasien rawat inap sebanyak 3 informan. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yang dilakukan berdasarkan karakteristik yang ditetapkan terhadap elemen populasi target yang disesuaikan dengan tujuan atau masalah penelitian.(9) Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan dalam pengumpulan dan pengukuran data dalam suatu penelitian dengan Observasi dan pedoman wawancara. (10) Teknik pengolahan data dilakukan dengan Collecting

(Pengumpulan Data, Editing (Pemeriksaan Data Hasil Penelitian) dan Penyajian data.(11)

HASIL

Karakteristik Informan

Informan yang memberikan informasi kepada peneliti pada saat wawancara yaitu petugas klaim yang melakukan pengklaiman BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Imelda Pekerja Indonesia sebanyak 3 petugas dengan latar belakang D-III RMIK.

Tabel 1. Karakteristik Informan

Petugas Klaim	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan
Informan 1	Perempuan	29 tahun	D-III RMIK
Informan 2	Perempuan	22 tahun	D-III RMIK
Informan 3	Perempuan	21 tahun	D-III RMIK

Berdasarkan tabel 1 didapatkan bahwa informan berjumlah 3 orang perempuan dengan usia 21 sampai 29 tahun dan dengan latarbelakang pendidikan D-III RMIK.

Proses Pengklaiman BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan

“Pertama harus mengentri kedalam aplikasi INA-CBGs, kemudian memasukkan biaya rumah sakit, nama dokter, tanggal masuk dan tanggal pulang, cara pasien pulang, dan kode diagnosa, kemudian klik kirim pada aplikasi e-claim. Lalu semua berkas sudah ada satu bundelan dan kemudian berkas di scan dan dibuat pertanggal sesuai tanggal pulang. Setelah lengkap berkas, maka harus dibuat surat pengajuan, surat mutlak dan surat fraud untuk menyatakan bahwa berkas sudah layak untuk diajukan ke BPJS, kemudian surat yang kita ajukan kita scan lalu kita masukan kedalam aplikasi Viis.” (Informan 1)

“Login di INA-CBGs untuk memasukkan tagihan RS, DPJP, tanggal masuk dan keluar, cara pasien pulang, dan kode diagnosa, kemudian klik kirim pada INA-CBGs. Dilakukan verifikasi berkas yaitu dicek kelengkapan bundelan yang akan di scan, jika sudah lengkap maka di scan. Setelah lengkap, langkah selanjutnya membuat surat pengajua, surat mutlak, dan surat fraud untuk menyatakan bahwa berkas sudah lengkap dan

diajukan ke BPJS. Surat pengajuan diupload di aplikasi Viis dan untuk scanan dimasukkan ke hard disk diantar ke BPJS.” (Informan 2)

“Di entri di aplikasi INA-CBGs untuk memasukkan billing RS, nama dokter, tanggal masuk tanggal keluar, kelas rawatan, cara pasien pulang, kemudian koding penyakit sesuai diagnosa di resume. Kemudian klik simpan, klik grouper, klik final, dan kirim online. Dilakukan verifikasi kelengkapan status. Jika sudah lengkap akan di scan. Berkas tersebut di scan dan di masukan ke file sesuai tanggal pulang. Setelah lengkap langkah selanjutnya membuat surat pengajuan, surat Mutlak, dan surat fraud untuk menyatakan bahwa berkas sudah lengkap untuk diajukan ke BPJS. Surat pengajuan diupload di aplikasi Viis dan

untuk scanan dimasukkan ke hard disk untuk di antar ke kantor BPJS.” (Informan 3)

Apakah penyebab jika terjadi dispute klaim?

“Ketidaksepakatan antara rumah sakit dan verifikator BPJS.” (Informan 1, 2 dan 3)

Apakah yang akan dilakukan jika terjadi dispute klaim?

“Dilakukan verifikasi ulang dan diperbaiki kembali.” (Informan 1, 2 dan 3)

Jumlah Berkas Klaim yang Pending

“Berkas klaim yang dipending oleh pihak BPJS Kesehatan atas pengajuan klaim yang dilakukan oleh pihak RSUD Imelda Pekerja Indonesia pada bulan Maret tahun 2022 untuk rawat inap sebagai berikut.

Tabel 2. Jumlah Berkas Klaim yang Dipending Pada Bulan Maret 2022

Bulan	Jumlah Klaim yang Diterima		Jumlah Berkas yang ditolak (Pending Klaim)		Total
	F	%	F	%	
	Maret	326 berkas	78%	94 berkas	

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui pada bulan Maret tahun 2022 jumlah berkas klaim rawat inap yang diajukan yaitu sebanyak 420 berkas yang diantaranya berkas klaim rawat inap yang diterima sebanyak 326 berkas dengan persentase 78% dan berkas klaim yang ditolak (pending klaim) sebanyak 94 berkas dengan persentase 22%.

Alasan Berkas Klaim Ditolak (Pending Klaim)

Pada pengajuan klaim kepada pihak BPJS Kesehatan, petugas mengajukan klaim berkas pasien rawat inap dalam bentuk softcopy (hasil scan). Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada scanan berkas klaim rawat inap yang di tolak (pending klaim) pada bulan Maret Tahun 2022 seperti yang tertuang pada tabel 3.

Berdasarkan hasil table 3 dapat diketahui terdapat beberapa yang belum disetujui klaim

berkas pasien BPJS rawat inap yang diantaranya dengan alasan ketidaksesuaian kode diagnose utama dan diagnose sekunder dan ketidaksesuaian diagnose utama dan diagnose sekunder dengan pemeriksaan penunjang di resume medis sebanyak 57 berkas (61 %), tidak terlampir indikasi medis (awal masuk) sebanyak 5 berkas (5 %), hasil scan pemeriksaan penunjang kurang jelas dan tidak terbaca serta ada pemeriksaan penunjang yang belum dilampirkan di laporan lab/diagnostik/rontgen, radiologi dan lain-lain pendukung diagnose sebanyak 27 berkas (29 %), hasil scan laporan tindakan/operasi kurang jelas dan tidak terbaca di laporan operasi/tindakan sebanyak 2 berkas (2 %), belum dilampirkan jadwal pemberian obat sebanyak 1 berkas (1 %), dan belum dilampirkan surat rujukan sebanyak 2 berkas (2 %).

Tabel 3. Alasan Berkas Klaim Ditolak (Pending Klaim) Pasien Rawat Inap pada Maret 2022

Elemen Penelitian	Disetujui		Tidak Disetujui		Keterangan
	F	%	F	%	
Surat Eligibilitas Peserta (SEP)	94	100%	-	-	Valid
Resume medis	-	-	57	61%	Ketidaksesuaian kode diagnose utama dan sekunder yang diajukan, dan ketidaksesuaian diagnose utama dan diagnose sekunder dengan pemeriksaan penunjang
Assesmen IGD	94	100%	-	-	Valid
Surat perintah opname/indikasi medis	-	-	5	5%	Tidak terlampir indikasi medis (awal masuk)
Laporan lab/ diagnostik / rontgen, radiologi dan lain-lain pendukung diagnose	-	-	27	29%	Hasil scan pemeriksaan penunjang kurang jelas dan tidak terbaca, ada pemeriksaan penunjang yang belum dilampirkan
Laporan operasi/tindakan dan laporan anestesi (jika diperlukan)	-	-	2	2%	Hasil scan laporan tindakan/operasi kurang jelas dan tidak terbaca
Jadwal Pemberian Obat (JPO)	-	-	1	1%	Belum dilampirkan
Laporan pemakaian alat kesehatan (jika diperlukan)	-	-	-	-	-
Kronologis kejadian, surat kematian, dan surat rujukan (jika ada)	-	-	2	2%	Surat rujukan belum dilampirkan
Billing rumah sakit	94	100%	-	-	Valid

Jumlah Berkas Klaim yang Dispute

Setelah berkas yang ditolak (pending klaim) terjadi, petugas pengklaiman mengajukan kembali klaim yang ditolak tersebut sebanyak 94 berkas klaim rawat inap pada bulan Maret tahun 2022. Pada saat diajukan kembali ada berkas klaim yang ditolak kembali oleh pihak BPJS Kesehatan sebanyak 27 berkas yang disebut dispute klaim.

Tabel 4. Jumlah Berkas Klaim yang Dispute Pada Bulan Maret 2022

Bulan	Jumlah Klaim yang Diterima		Jumlah Berkas yang ditolak Kembali (Dispute Klaim)		Total
	F	%	F	%	
Maret	67 berkas	71%	27 berkas	29%	94 berkas

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui pada bulan Maret tahun 2022 jumlah berkas klaim rawat

inap yang diajukan kembali yaitu sebanyak 94 berkas yang diantaranya berkas klaim rawat inap yang diterima sebanyak 67 berkas dengan persentase 71% dan berkas klaim yang ditolak kembali (dispute klaim) sebanyak 27 berkas dengan persentase 29%.

Alasan Berkas Klaim Ditolak Kembali (Dispute Klaim)

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada berkas klaim rawat inap yang ditolak kembali setelah pengajuan berkas klaim yang pending (dispute klaim) pada bulan Maret Tahun 2022 seperti yang tertuang pada tabel 5 sebagai berikut:

Tabel 5. Alasan Berkas Klaim Ditolak Kembali (Dispute Klaim) Pasien Rawat Inap Pada Maret 2022

No	Elemen Penelitian	Disetujui		Tidak Disetujui		Keterangan
		F	%	F	%	
1.	Surat Eligibilitas Peserta (SEP)	67	100%	-	-	Valid
2.	Resume medis	-	-	27	29 %	Ketidaksepakatan kode diagnosa utama dan sekunder pada INA-CBGs antar rumah sakit dan verifikator BPJS
3.	Assesmen IGD	67	100%	-	-	Valid
4.	Surat perintah opname/indikasi medis	67	100%	-	-	Valid
5.	Laporan lab/diagnostik/rontgen, radiologi dan lain-lain pendukung diagnosa	67	100%	-	-	Valid
6.	Laporan operasi/tindakan dan laporan anastesi (jika diperlukan)	67	100%	-	-	Valid
7.	Jadwal Pemberian Obat (JPO)	67	100%	-	-	Valid
8.	Laporan pemakaian alat kesehatan (jika diperlukan)	-	-	-	-	-
9.	Kronologis kejadian, surat kematian, dan surat rujukan (jika ada)	67	100%	-	-	Valid
10.	Billing rumah sakit	67	100%	-	-	Valid

PEMBAHASAN

Hasil wawancara kepada petugas pengklaiman di RSUD Imelda Pekerja Indonesia mengatakan bahwa Proses pengklaiman dilakukan setelah pasien rawat inap dinyatakan pulang oleh DPJP dan berkas pasien rawat inap diantar keruangan administrasi BPJS. Petugas akan mengentri kedalam aplikasi E-Klaim INA-CBGs seperti, tagihan rumah sakit (billing RS), Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), tanggal masuk dan keluar, kelas rawatan, kode diagnosa dan tindakan yang ada di resume medis, dan cara pasien pulang. Surat pengajuan, surat mutlak dan surat fraud akan discan dan diupload di aplikasi Viis.

Hasil penelitian diperoleh jumlah berkas klaim rawat inap yang ditolak BPJS Kesehatan (pending klaim) pada bulan Maret 2022 yaitu sebanyak 94 berkas klaim dari 420 berkas klaim yang diajukan oleh RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan.

Pending klaim merupakan pengklaiman yang ditolak oleh BPJS Kesehatan. Salah atau yang menjadi faktor pending klaim BPJS Kesehatan yaitu, dapat terjadi karena ketidaksesuaian diagnosa dan diagnosa yang tidak menyertakan atau tidak adanya bukti laporan pemeriksaan

penunjang dalam berkas pengklaiman (12). Serta ketidaklengkapan resume medis dan perbedaan kode antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. (13)

Adapun alasan pending klaim pada berkas rawat inap yang diklaim disebabkan karena ketidaksesuaian kode diagnose utama dan diagnose sekunder dan ketidaksesuaian diagnose utama dan diagnose sekunder dengan pemeriksaan penunjang di resume medis sebanyak 57 berkas (61 %), tidak terlampir indikasi medis (awal masuk) sebanyak 5 berkas (5 %), hasil scan pemeriksaan penunjang kurang jelas dan tidak terbaca serta ada pemeriksaan penunjang yang belum dilampirkan di laporan lab/diagnostik/rontgen, radiologi dan lain-lain pendukung diagnose sebanyak 27 berkas (29 %), hasil scan laporan tindakan/operasi kurang jelas dan tidak terbaca di laporan operasi/tindakan sebanyak 2 berkas (2 %), belum dilampirkan jadwal pemberian obat sebanyak 1 berkas (1 %), dan belum dilampirkan surat rujukan sebanyak 2 berkas (2 %).

Penyebab pending klaim di RSUD Imelda Medan yang terbesar persentasenya adalah karena ketidaksesuaian kode diagnosa utama dan sekunder serta tidak sesuai dengan pemeriksaan penunjang. Hasil penelitian ini penelitian di Rumah Sakit

Hermi Ciputat menjelaskan terdapat 68 berkas tertunda dikarenakan tidak lolos verifikasi pelayanan Kesehatan. Untuk hal ini kebanyakan dikarenakan kode diagnose tidak sesuai, terdapat 2 kode diagnosa yang digabung menjadi 1, tidak ada kode diagnosa, dan kode diagnose terhapus.(14)

Berkas yang pending tersebut akan dilengkapi kembali kekurangan persyaratannya lalu akan diklaim lagi bersamaan dengan pengajuan klaim pada bulan berikutnya. Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menyebutkan bahwa berkas klaim rawat inap yang diajukan ke petugas pengklaiman salah satunya harus terdiri dari resume medis disertai dengan penulisan diagnosa yang tepat dan tindakan dan ditanda tangani DPJP serta melengkapi lampiran jika terjadi perintah rawat inap pada pasien dan indikasi anestesi jika dilakukan tindakan operasi kepada pasien.

Dispute klaim merupakan ketidaksepakatan klaim pelayanan kesehatan yang belum dapat disetujui pembayarannya antara pihak BPJS Kesehatan dengan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan berita acara pengajuan klaim. (15) Hasil penelitian juga diperoleh jumlah berkas klaim rawat inap yang ditolak kembali oleh BPJS Kesehatan (dispute klaim) setelah berkas pending klaim diajukan kembali pada bulan Maret 2022 yaitu sebanyak 27 berkas klaim dari 94 berkas klaim yang diajukan oleh RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan. Adapun alasan dispute klaim pada berkas rawat inap yang diklaim disebabkan ketidaksepakatan kode diagnose utama dan sekunder pada INA-CBGs antara rumah.

Penelitian yang menjelaskan bahwa ada korelasi antara kejadian pending klaim dengan kelengkapan dokumen persyaratan pembiayaan BPJS.(16) Penelitian yang menjelaskan penyebab dispute klaim dalam proses pengklaiman BPJS yaitu ketidaksesuaian antara kode diagnosa rumah sakit dengan yang ditetapkan dari BPJS Kesehatan karena kurangnya koordinasi antara DPJP dengan petugas coding. (17) Tanda tangan DPJP sangat penting karena menjadi tanda keaslian dokumen dan syarat pengajuan Klaim (18). Hasil penelitian yang juga menjelaskan bahwa perbedaan persepsi

diagnosa dan penetapan kode ICD 10 dan ICD 9 CM antara dokter penanggung jawab pelayanan dengan koder menjadi salah satu penyebab terjadinya dispute klaim dalam proses pengklaiman BPJS.. (19)

Juknis Verifikasi BPJS menjelaskan bahwa dalam proses pengklaiman harus melengkapi klaim persyaratan administrasi yang meliputi rawat inap, Surat Partisipasi (SEP), resume yang ditandatangani oleh DPJP, bukti pelayanan yang meliputi diagnosa dan prosedur dan ditandatangani oleh dokter DPJP, prosedur tindakan, serta berkas pendukung lainnya yang diperlukan. Kelengkapan dokumen ini akan mendukung penegakan diagnosis yang tepat serta meminimalisir perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator BPJS. (20) Hal ini sejalan dengan penelitian yang menjelaskan bahwa terdapat pengaruh kelengkapan rekam medis dengan pengklaiman BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Baptis Batu. (21)

Penelitian Faik Agiwahyunto (2019) menunjukkan bahwa komponen prioritas yang perlu diperbaiki dan ditingkatkan pelaksanaannya yaitu men/orang dan metode, agar tidak terjadi *pending* klaim JKN di RSUD dr. H Soewondo Kendal. (22) Penelitian lain juga menjelaskan bahwa pending klaim terjadi karena kurangnya pengetahuan koder, penulisan diagnosa yang kurang lengkap dan sulit dipahami, serta kurangnya kelengkapan rekapitulasi pelayanan. Oleh karena itu sebaiknya ada kerja sama yang baik antara tenaga kesehatan dan coder dalam pengisian dan kelengkapan rekam medis pasien.(23)

SIMPULAN

Pelaksanaan pengklaiman BPJS Kesehatan rawat inap sudah sesuai dengan regulasi dan SOP di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan. Namun terdapat 326 berkas (78%) diterima dan 94 berkas (22%) ditolak (klaim tertunda/pending) dari 420 berkas rawat inap yang diajukan klaim pada Maret 2022. Dari 94 berkas yang pending klaim yang diajukan kembali sebanyak 67 berkas (71%) diterima dan 27 berkas (29%) berkas klaim yang ditolak kembali (dispute

klaim). Hal ini disebabkan ketidaksepakatan kode diagnosa utama dan sekunder pada INA-CBGs antara rumah sakit dan verifikator BPJS. Disarankan kepada petugas pengklaiman untuk memverifikasi ulang dan melengkapi kelengkapan dokumen sebelum proses pengklaiman.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu pelaksanaan kegiatan penelitian ini, yaitu: Kepala Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan.

DAFTAR PUSTAKA

- Perpres RI. Perpres RI, 2018. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta. 2018.
- Kementrian Kesehatan. Republik Indonesia, 2011. Undang-undang RI Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Kementrian Kesehatan. Jakarta; 2011.
- Suhartoyo. Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA-CBGs. *Adm Law Gov J*. 2018;1(1):79–92.
- Mustika et al. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengembalian Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Ditinjau dari Syarat-syarat Kelengkapan Administrasi Klaim. *CHMK Heal J*. 2020;4(3):190–6.
- Ferawati P et al. Faktor-faktor Keterlambatan Pengklaiman BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang. Semarang; 2015.
- Alfiansyah G et al. Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember Tahun 2018. *J Kesmas Indones*. 2019;11(1):24–35.
- BPJS Kesehatan. Buku Panduan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. Jakarta; 2014.
- Triatmaja, Ariqurna Bayu et al. Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Haji Surabaya. *Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*. *J Rekam Med dan Inf Kesehat*. 2022;3(2):131–8.
- Saleh S. Analisis Data Kualitatif. Bandung: Pustaka Ramadhan; 2017.
- Tersiana A. Metode Penelitian. Yogyakarta: Anak Hebat Indonesia; 2018.
- Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2018.
- Yuanna N, Soewondo P. Causes Of Health Insurance Claim Revision In The Casemix Unit At Pekanbaru Hospital. *5th Int Conf Public Heal* 2019. 2019;534–9.
- Manaida RJ, Rumayar AA, Kandou GD. Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih Gmim Manado. *Kesmas J Kesehat Masy Univ Sam Ratulangi*. 2017;6(3):1–11.
- Supriadi, & Rosania S. Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hernia Ciputat 2018. *J Vokasi Indones*. 2019;
- Syafitri E, Novita D. Analisis Keterlambatan Kualitas Koding Diagnosa Pasien Rawat Inap Dengan Dispute Klaim INA'CBG'S. *Adm Heal Inf J [Internet]*. 2021;2(1):43–50. Available from: <http://ojs.stikeslandbouw.ac.id/index.php/ahi>
- Rois A, Supriyanto, Yulika. Pending Claim Correlation with Claim Completeness Requirement BPJS Outpatients Arya Medika Hospital. In: *International Proceedings the 2nd International Scientific Meeting on Health Information Management (ISMohim): Reinforcing Health Information Management Professionals in The Industrial Revolution* 40. Surakarta; 2020. p. 522–5.
- Manurung J, Munthe SA, Bangun HA, Putri N. Analisis Pending Claim Pada Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2018. *J Teknol Kesehatan, Dan Ilmu Sos*. 2020;2(2):11–9.
- Ep AA. Faktor-Faktor Penyebab Klaim

- Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016. *J ARSI Adm Rumah Sakit Indones.* 2018;4(2):122–34.
19. Wahyuni Y, Suharyo. 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 J Kesehat Masy.* 2019;18(2):75–83.
 20. BPJS Kesehatan. Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. 2014.
 21. Oktoriani EN, Sutrisno J, Mayasari E, Sodik MA. Analysis of Medical Record Complete Flexibility to Complete Claims of Health BPJS RS Baptis Kota Batu. *J Glob Res Public Heal.* 2018;3(1):46–53.
 22. Aiwahyuantanto F, S. Octaviasuni, Fajri MUN. Analisis Implementasi Total Quality Management (TQM) Pada Kasus Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RSUD Kendal Tahun 2018. *J Manaj Kesehat Indones.* 2019;7(3):171–80.
 23. Mira Puspaningsih, Chriswardani Suryawati SPA. Evaluasi Administrasi Klaim Bpjs Kesehatan Dalam Menurunkan Klaim Pending. *J Ilm Indones.* 2022;7(6):7055–64.