

## **Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial**

### **ANALISIS *PENDINGCLAIM* PADA PASIEN BPJS KESEHATAN DI RSUD DELI SERDANG LUBUK PAKAM TAHUN 2018**

**Jasmen Manurung<sup>1</sup>, Seri Asnawati Munthe<sup>2</sup>, Henny Arwina Bangun<sup>3</sup>, Nurcahaya Putri<sup>4</sup>**

<sup>1,2,3</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Sari Mutiara Indonesia Medan  
Jl. Kapten Muslim No. 79 Medan 20123 Medan Telp (061)-8476769

e-mail: <sup>1</sup>[jasmenmanurung79@yahoo.com](mailto:jasmenmanurung79@yahoo.com),

<sup>2</sup>[serimunthe@yahoo.co.id](mailto:serimunthe@yahoo.co.id), <sup>3</sup>[hennyarwina@gmail.com](mailto:hennyarwina@gmail.com) <sup>4</sup>[nurcahayaputrinist@gmail.com](mailto:nurcahayaputrinist@gmail.com)

#### **ABSTRAK**

*Claim* rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. Ketidakadaan tanda tangan resume medis membuat *claim* BPJS Kesehatan tidak bisa di *grouping* oleh unit penjaminan sehingga terjadi penundaan (*pendingclaim*). Adapun faktor penyebab *pendingclaim* di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam adalah 60-70% adalah salah koding, dan selebihnya adalah karena faktor salah *entry*, pemeriksaan penunjang yang kurang lengkap dan *therapy*/atau obat yang tidak mendukung laboratorium atau *rotgen*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui berbagai hal yang menyebabkan *pendingclaim* di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam. Jenis penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan *case study*. Informan pada penelitian ini adalah ketua tim verifikator BPJS, kepala rekam medis, petugas koding, petugas *entry* dan *casemanager*. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara mendalam dan dokumentasi. Analisa data dilakukan pada prosedur dalam tahap penyajian data, tahap komparasi dan tahap penyajian hasil penelitian untuk menjawab masalah yang telah dikemukakan peneliti. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hal-hal yang sering ditemukan menjadi masalah saat verifikasi kepesertaan adalah ketidaksesuaian antara identitas (KTP, KK) dengan kartu BPJS Kesehatan, kartu BPJS Kesehatan tidak aktif karena tunggakan, tetapi hal ini tidak menjadi penyebab terjadinya *pending claim*. Hal yang menjadi penyebab *pending claim* terjadi pada saat verifikasi administrasi pelayanan, antara lain: ketidaksesuaian kode dan diagnosa dari rumah sakit dengan kode dari verifikator BPJS Kesehatan. Dengan demikian diharapkan kepada pihak rumah sakit agar memberikan pelatihan pada koder agar lebih memahami pengkodean diagnose sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan. Hal ini tentunya akan mengurangi tingginya angka *pendingclaim*.

**Kata Kunci : *PendingClaim*, BPJS Kesehatan**

## **Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial**

### **1. PENDAHULUAN**

#### **1.1.Latar Belakang**

Sistem kesehatan mulai berubah perlahan sejalan waktu perkembangan jaman. Sistem asuransi semakin berkembang di kalangan pelayanan medis. Sistem ini membentuk biaya pelayanan yang pembiayaan tanpa batas menjadi pembiayaan pelayanan kesehatan terkontrol, terprogram dan terukur. Dengan sistem asuransi ini masyarakat tidak perlu takut akan biaya kesehatan yang tidak terduga. Masyarakat cukup membayar uang asuransi atau premi dengan syarat dan ketentuan yang berlaku tergantung dari kebutuhan masing - masing (EP, 2018).

BPJS Kesehatan mulai diberlakukan sejak tahun 2014. Dan diberlakukan sistem mandiri bagi peserta kategori Pekerja Bukan Penerima Upah (PbPU) yang sistem pembayarannya ditagihkan secara per individu. Akan tetapi sistem ini didapati rendahnya tingkat kepatuhan terutama terjadi pada peserta mandiri mencapai 50% lebih dari total 19 juta peserta pada 2015 lalu. Karenanya BPJS Kesehatan membuat sistem baru yakni 1 *Virtual Account* untuk meningkatkan tingkat kepatuhan masyarakat agar aktif sebagai peserta BPJS Kesehatan untuk melakukan kewajibannya sebagai peserta BPJS Kesehatan. Status aktivasi peserta sebelum pembayaran bulan September 2016 akan disesuaikan dengan status aktivasi pada masing – masing peserta sebelumnya, sedangkan status peserta yang telah membayar iuran pada bulan September 2016 adalah sama aktif untuk seluruh anggota keluarga (Humas BPJS Kesehatan, 2017).

RSUD Deli Serdang sebagai rumah sakit pemerintah wajib melayani peserta BPJS Kesehatan. Setelah rumah sakit memberikan layanan kesehatan, rumah sakit berhak meminta imbalan atas jasa yang diberikan berupa tagihan atau *claim* kepada BPJS Kesehatan. Tagihan yang diminta sesuai

dengan tarif Pemerintah Daerah (Perda) yang berlaku. BPJS Kesehatan dalam pembayaran *claim* menerapkan tarif paket diagnosis berdasarkan *Indonesia Case Base Grup's* atau INA CBG's. Setiap layanan yang diberikan diberi kode atau koding. Dalam pengajuan *claim* ke BPJS Kesehatan, rumah sakit menyertakan resume medis sebagai salah satu syarat berkas pengajuan. Resume medis diberikan di akhir perawatan pasien baik hidup sembuh atau meninggal. Jika resume medis tidak lengkap maka BPJS Kesehatan akan mengembalikan resume medis tersebut. Pengembalian resume medis berakibat pada tidak terbayarnya pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit dan akan mengakibatkan menurunnya pemasukan rumah sakit.

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Deli Serdang Tahun 2018 tepatnya dimulai dari bulan Februari diperoleh data terdapat 1167 berkas *pending claim* BPJS Pasien rawat inap dari 4268 kunjungan. Jika di nominalkan maka 1167 berkas tersebut senilai Rp.6.697.738.100 dan untuk 40.630 kunjungan rawat jalan terdapat 288 berkas *pending claim* senilai Rp.404.166.400 dari jumlah total *claim* Rp.38.574.050.700.

Adapun faktor penyebab *pending claim* tersebut adalah 60-70% adalah salah koding, dan selebihnya adalah karena faktor salah entry, pemeriksaan penunjang yang kurang lengkap dan therapy atau obat yang tidak mendukung laboratorium atau rotgen. Berdasarkan uraian di atas maka perlu dilakukan penelitian mengenai analisis *pending claim* pada pasien BPJS kesehatan di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam.

#### **1.2.Maksud dan Tujuan**

1. Apakah verifikasi administrasi kepesertaan merupakan penyebab kejadian *pending claim* di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam.

## **Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial**

2. Apakah verifikasi administrasi pelayanan merupakan penyebab kejadian *pendingclaim* di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam.

### **2 TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Claim**

*Claim* adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Dalam hal ini *claim* rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. Pengajuan *claim* ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnose merujuk pada ICD 10 atau ICD 9 CM (BPJS, 2014).

#### **2.2. Penyebab Pending Claim**

Salah satu penyebab terbanyak adalah ketidakadaan tandatangan dokter penanggung jawab pasien pada lembar resume medis padahal secara hukum tanda tangan resume medis adalah salah satu keabsahan dari resume medis (Permenkes no. 269/Menkes/Per/III/2008 pasal (4) ayat (2)). Ketidakadaan tanda tangan resume medis membuat *claim* BPJS Kesehatan tidak bisa di *grouping* oleh unit penjaminan sehingga terjadi penundaan (*pendingclaim*) BPJS Kesehatan. Penundaan ini menyebabkan pembayaran *claim* menjadi menurun dan cash flow rumah sakit menjadi menurun dikarenakan hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS Kesehatan (EP, 2018).

#### **2.3. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)**

Pada tahun 2004, dikeluarkan Undang - Undang No.40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa adanya jaminan sosial yang diwajibkan bagi seluruh penduduk Indonesia yaitu Jaminan

Kesehatan Nasional (JKN). Pelaksanaan program JKN ini akan dikelola oleh satu badan yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (BPJS, 2014).

Setelah genap 4 tahun implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), tepat 31 Desember 2017 jumlah peserta JKN-KIS sudah mencapai 187.982.949, artinya jumlah masyarakat yang telah mengikuti Program JKN-KIS hampir mencapai 72,9% dari jumlah penduduk Indonesia, dengan kata lain masih terdapat sekitar 27,1% lagi masyarakat yang belum menjadi peserta JKN-KIS dan diharapkan akan terpenuhi sesuai dengan target. Hal itu selaras dengan arah kebijakan dan strategi nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2019, disebutkan terdapat sasaran kuantitatif terkait Program Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yaitu meningkatnya persentase penduduk yang menjadi peserta Jaminan Kesehatan melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Bidang Kesehatan, minimal mencakup 95% pada tahun 2019 (Humas BPJS Kesehatan, 2018)

### **3. METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan *case study* (Lexy J. Moleong, 2010). Penelitian ini akan dilakukan di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Januari -Maret 2018. Informan Penelitian adalah Ketua Tim Verifikator BPJS, Kepala Rekam Medis, Petugas Koding, Petugas *Entry* dan *Case Manager*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam tentang proses verifikasi *claim* BPJS. Untuk meningkatkan validitas data maka pengumpulan informasi

## Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial

juga dilakukan dengan observasi dan dokumentasi. Instrumen dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri. Pelaksanaan wawancara mendalam, peneliti menggunakan pedoman wawancara berupa pertanyaan terbuka dan dapat ditambahkan dengan pertanyaan lain sesuai dengan kebutuhan yang berhubungan dengan proses *claim* pasien BPJS yang akan ditanyakan. Peneliti juga menggunakan alat perekam, alat tulis dan kamera. Teknik pemeriksaan keabsahan data yang dilakukan

meliputi triangulasi sumber, dan triangulasi metode. Analisis data dilakukan dengancaramengorganisasikan data kedalamkategori, menjabarkankedalam unit-unit, melakukansintesa,menyusunkedalam pola, memilihmana yang pentingdan yang akandipelajaridanmembuatkesimpulansehingg amudahdipahamiolehdirinyasendiriatau orang lain.

### 4. HASIL PENELITIAN

#### 4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Deli Serdang Lubuk Pakam didirikan pada tahun 1958, pertama sebagai rumah sakit pembantu, pada tahun 1979 menjadi Rumah Sakit Umum Kelas D sesuai dengan SK Menteri Kesehatan RI. No. 51/Menkes/SK/II/1979, pada tahun 1987 menjadi Rumah Sakit Umum Kelas C sesuai dengan SK Menteri Kesehatan RI. No. 303/Menkes/SK/IV/1987, tahun 2002 menjadi Lembaga Teknis Daerah berbentuk Badan berdasarkan Keputusan Bupati Deli Serdang No. 264 tanggal 01 Mei 2002, dan tahun 2008 menjadi Rumah Sakit Umum Kelas B Non Pendidikan sesuai dengan Keputusan Menkes RI. No. 405/Menkes/SK/IV/2008 tanggal 25 April 2008. Tahun 2011 lulus akreditasi 16

elayanan. Tahun 2016 lulus akreditasi versi KARS dengan status bintang empat (Utama). Kemudian pada tahun 2018 mendapat penghargaan sebagai Rumah Sakit Pelayanan Prima dengan nilai A dari Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia. Pada tahun 2019 sedang dalam proses akreditasi versi SNARS. Instalasi Rawat Inap memiliki 218 tempat tidur dan terbagi dalam 13 ruang perawatan.

RSUD Deli Serdang merupakan satu-satunya rumah sakit pemerintah daerah Kabupaten Deli Serdang yang menerima pasien BPJS, baik itu BPJS Kesehatan maupun BPJS Tenaga Kerja. Pada tahun 2018 *claim* pasien BPJS Kesehatan sebanyak Rp. 36.535.422.887 dengan *pending claim* sebesar 10%.

#### 4.2. Identifikasi Informan Penelitian

**Tabel 1. Identifikasi Informan Penelitian di RSUD Deli Serdang**

No	Inisial	Jabatan
1	Informan 01	Ketua Tim Verifikator
2	Informan 02	Case Manager
3	Informan 03	Petugas Entry
4	Informan 04	Petugas Coder
5	Informan 05	PJ Rekam Medis/Validasi

#### 4.3. Analisa Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Berdasarkan hasil wawancara, seluruh informan memberikan jawaban yang sama bahwa pada saat melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, maka peserta BPJS Kesehatan harus membawa identitas diri seperti: KTP, KK, Kartu Peserta. Hal ini dilakukan untuk memverifikasi kesesuaian identitas diri dengan identitas peserta yang dikemukakan oleh informan berikut ini:

## **Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial**

*“verifikasi administrasi kepesertaan itu kan memverifikasi identitas diri seperti KTP, KK, Kartu Peserta terhadap identitas yang ada di database kita” (01)*

Hal yang hampir sama juga dikemukakan oleh informan yang bertugas sebagai *case manager* yang menyatakan bahwa:

*“pada verifikasi kepesertaan sudah dilakukan sejak awal pasien masuk, disesuaikan data pasien dengan data dari peserta BPJS, setelah dilakukan pengecekan dan dinyatakan sesuai maka dilakukan pencetakan SEP (Surat Elegibilitas Pasien), dari pihak BPJS menyisihkan data yang sesuai dan yang tidak sesuai, dan data yang sesuai saja yang disetujui oleh pihak BPJS” (02)*

Demikian juga dengan informan yang bertugas sebagai Penanggungjawab rekam medis yang menyatakan bahwa:

*“Administrasi kepesertaan itu sangat perlu namun kita harus memvalidasi terlebih dahulu, kemudian keaktifan dari nomor yg digunakan pada awalnya dibagian pendaftaran melalui aplikasi IDA BPJS. Setelah dilakukan pengecekan apakah sesuai identitas pasien dengan kartu yg dibawa oleh pasien. Kemudian apakah masih aktif atau tidak pasiennya. Menunggak atau tidak membayar sesuai dengan ketentuan yg berlaku. Kemudian dilakukan pencetakan SEP sebagai bukti jaminan perawatan dari BPJS seperti itu (05).*

Verifikasi juga dilakukan untuk memeriksa apakah ada tunggakan sebelumnya seperti yang dikemukakan oleh informan yang bertugas sebagai ketua tim verifikator berikut ini:

*“Apabila ada tunggakan BPJS pada saat pasien masuk maka peserta BPJS wajib melunasi seluruh tunggakan, dan apabila pasien dinyatakan dokter harus rawat inap, maka pasien BPJS, adapun*

*denda layanan yang harus dibayar sebesar 2,5 persen dari biaya rawat inap dikali jumlah bulan tertunggak (maksimal 12 bulan atau Rp.30.000.000),tetapi apabila diagnose dari dokter dinyatakan rawat jalan, maka peserta BPJS, hanya membayar tunggakannya saja”(01)*

Meskipun demikian, pada dasarnya tahapan verifikasi administrasi tidak menjadi penyebab terjadinya *pendingclaim*, karena jika ditemukan data pasien berbeda dengan data pada kepesertaan BPJS, maka pihak rumah sakit (*bagianfront office*) akan memberi waktu 2x24 jam untuk konfirmasi apakah memang peserta adalah orang yang bersangkutan. Dengan demikian *claiman* yang berkaitan dengan kepesertaan BPJS sudah terkendali. Hal tersebut dikemukakan oleh beberapa informan berikut:

*“Sebenarnya di administrasi ada masalah kalau peserta memakai BPJS yg tidak sesuai identitas, Misalnya KTP atau KKnya itu nanti tidak bisa dipakai sebelum dikonfirmasi ke BPJSnya sendiri. Terkadang ada juga misalnya namanya tidak mirip benar dengan KTP, Ada yg juga KK dengan KTP berbeda huruf, jadi memang kita kasih waktu 2X 24 jam untuk konfirmasi apakah memang betul peserta adalah orang yg berkaitan.”(02)*

Setiap rumah sakit dituntut memberikan pelayanan yang baik dan sudah terstandarisasi. Keberhasilan rumah sakit memberikan pelayanan yang baik dan sangat ditentukan oleh seluruh pihak yang terlibat dalam sebuah pelayanan. Setiap pasien yang mendaftar di RSUD Deli Serdang dilakukan pengecekan kepesertaan BPJS melalui aplikasi IDA-BPJS. Setelah dipastikan kartuaktif dan sesuai dengan identitas pasien, maka dilakukan pencetakan SEP (Surat Elegibilitas Pasien). Jika kartu BPJS tidak aktif karena masih ada tunggakan BPJS maka pasien harus menyelesaikan administrasinya dalam 2x24 jam.

## **Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial**

Informasi yang diperoleh menunjukkan bahwa data administrasi dari pasien seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) harus sesuai dengan data kepesertaan BPJS. Harus dilakukan pengecekan apakah kartu BPJS nya masih atau ada tunggakan pembayaran. Apabila ada tunggakan pembayaran, maka peserta BPJS akan dikenakan denda layanan sebesar 2,5 persen dari biaya rawat inap dikali jumlah bulan tertunggak (maksimal 12 bulan atau Rp.30.000.000) bagi pasien yang rawat inap setelah peserta melakukan pelunasan tunggakan layanan. Bagi pasien yang rawat jalan, cukup membayar tunggakan saja. Pada kartu yang tidak sesuai dengan identitas pasien, misalnya berbeda nama, alamat atau identitas yang lainnya maka pasien dianjurkan untuk melaporkan permasalahannya ke kantor BPJS. Jika kartu BPJS benar maka dicetaklah SEP pasien tersebut (Kemenkes RI, 2014b) Verifikasi administrasi kepesertaan bukanlah salah satu faktor penyebab *pending claim*, karena hal ini sudah dapat diatasi pada saat sebelum menerima layanan kesehatan.

#### **4.4. Verifikasi Administrasi Pelayanan**

Proses verifikasi administrasi pelayanan sebenarnya sudah memiliki dasar hukum sebagai panduan petunjuk teknis, yaitu: PMK No. 27 Tahun 2014. Petunjuk teknis inilah yang menjadi panduan utama untuk melaksanakan verifikasi administrasi pelayanan. Hal ini seperti yang dikemukakan oleh informan berikut:

*“Pengelola SJSN dibidang kesehatan, BPJS Kesehatan memberikan imbalan kepada rumah sakit yang melakukan pelayanan kepada pasiennya melalui sistem INA-CBG’s yaitu sistem pembayaran yang PMK no 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Indonesia Base Case Group. Tarif INA-CBG’s mempunyai 1.077 kelompok tarif yang terbagi menjadi 789 kode group rawat inap dan 288 kode group rawat*

*jalan, menggunakan sistem coding dengan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 untuk prosedur/tindakan“(01r).*

Akan tetapi dalam pelaksanaannya, ada beberapa kendala atau kesalahan yang terjadi pada tahapan verifikasi administrasi pelayanan BPJS Kesehatan, antara lain ketidaksesuaian antara kode diagnosa di rumah sakit dengan yang telah ditetapkan dari BPJS Kesehatan. hal ini dapat dilihat dari jawaban yang dikemukakan oleh informan yang bertugas sebagai *case manager* berikut ini:

*“... Kalau untuk kesesuaian diagnosa prosedur dan bagian kode ICD 10 dan ICD 9 ini. Ada beberapa yg kemudian dia mungkin tidak sesuai, mungkin tidak memang harus lebih dikoordinasi lagi antara DPJP dengan petugas coding, karena memang terkadang resume diagnosa itu terkadang tidak lengkap dituliskan DPJP, sementara di DPJPnya itu ada diagnosa lain yg harus dimasukkan sebagai diagnosa tambahan, jadi untuk kesesuaian diagnosanya itu ada beberapa yg mungkin tidak terlalu sesuai. Karena belum ditambahkan, biasanya kodingnya lebih rendah dapatnya dari pada yg seharusnya...”(02)*

Kesalahan yang sering ditemukan juga bukan hanya kesalahan pengkodean, namun ada juga akibat ketidaklengkapan *resume* medis, seperti yang dikemukakan berikut ini:

*“Kelengkapan resume medis sangat mempengaruhi, karena memang terus menerus berdasarkan layanan yg diberikan ketepatan antara pasien dirawat, kemudian kesiapan diagnosis dan ketepatan dokter menentukan diagnosa primer atau sekunder, kemudian kita tentukan siapa yg menjadi DPJP utama dan identitas pasien di status harus sama dengan identitas pasien. Kelengkapannya sebagian didiagnosa bisa jadi memang diagnose sekunder menjadi diagnosa primer atau sebaliknya,*

## **Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial**

*kemudian menjadi janggal seperti itu permasalahannya”(05).*

Sebab lain juga ada akibat banyaknya formulir INA CBG's yang tidak lengkap

*“...Ada beberapa masalah yang muncul dalam proses persyaratan claim BPJS diantaranya banyaknya formulir INA CBGs yang tidak lengkap....”(04).*

Ada juga akibat dari kurang disiplinnya dokter dan perawat dalam mengisi berkas-berkas persyaratan *claim*, seperti informasi berikut ini:

*“...kemudian kurang disiplinnya dokter dan perawat dalam mengisi berkas persyaratan claim BPJS dan kurangny akoordinasi antara petugas rekam medis, dokter serta perawat ”(04).*

Berbagai masalah yang telah dikemukakan pada saat verifikasi administrasi pelayanan tersebut menjadi penyebab terjadinya *pending claim*, seperti yang dikemukakan oleh ketua tim verifikator berikut ini:

*“...Hasil laporan balikan dari BPJS kesehatan yang menjadi penyebab utama pending claim ya... kesalahan pengkodean...”(01)*

Jawaban yang hampir sama juga dikemukakan oleh *casemanager* yang menyatakan bahwa:

*“... penyebab yang utama memang kesalahan koding. Kalaupun dokter dan perawat misalnya tidak mengisi diagnose atau lupa tandatangan, kan nanti dikembalikan untuk dilengkapi. Jadi tidak sampai ke BPJS Kesehatan hal-hal seperti itu.....(02)*

Petugas koding (koder) juga menyatakan hal yang sama bahwa kesalahan yang terjadi adalah perbedaan persepsi soal pengkodean.

*“..kata orang BPJS memang selalu masalah perbedaan pengertian soal kodenya..” (03)*

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa penyebab utama dari tingginya angka *pending claim* BPJS Kesehatan adalah kesalahan kode (pengkodean).

Hasil studi pendahuluan pada Rumah Sakit Umum Deli Serdang ditemukan beberapa masalah yang muncul pada proses persyaratan *claim* BPJS pasien rawat inap. Banyak formulir persyaratan *claim* BPJS yang tidak lengkap. Beberapa masalah yang muncul tersebut seperti: pengisian formulir INA CBGs kurang lengkap, dan adanya ketidaksesuaian kode (koding).

### *Pengisian Formulir Tidak Lengkap*

Hasil penelitian yang diperoleh menguatkan apa yang telah diperoleh pada saat studi pendahuluan bahwa salah satu penyebab *pending claim* disebabkan oleh ketidaklengkapan pengisian dokumen formulir INA CBG's. Beberapa masalah tersebut adalah formulir resume medis kurang lengkap dalam pengisiannya, maupun tidak ada tangan dokter setelah pelayanan pasien BPJS. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Lenty Wahyu Noviatry dan Sugeng di RS Panti Nugroho yang menyatakan bahwa faktor *man* (SDM) merupakan salah satu faktor penyebab keterlambatan *claim* BPJS. Hal-hal yang sering terjadi adalah kelengkapan awal yang tidak teliti dalam mengecek persyaratan pasien, dokter tidak lengkap mengisi resume, dan petugas pengodean yang melakukan kegiatan lain (Noviatry, 2016)

### *Ketidaksesuaian Koding*

Pada proses administrasi pelayanan SEP dilegalisasi oleh petugas verifikator, data di SEP harus sama dengan data di lembar kerja dan data dilembar pendukung. Berkas pasien BPJS masuk kebagian verifikator

## **Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial**

untuk di validasi dan diperiksa kelengkapan resume dan berkas penunjangnya. Diagnosa yang dituliskan DPJP dalam resume medis harus sesuai dengan coding yang ditentukan coder pada aplikasi INACBG's (Kemenkes RI, 2014a)

Hal yang sama juga diperoleh pada penelitian Djatiwibowo (2018) di Rumah Sakit Umum Daerah dr Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2016. Beberapa DPJP terkadang mempunyai coding yang biasa mereka gunakan untuk pasien-pasien tertentu. Coding ini biasanya mereka sudah tahu berapa nilai besarnya, sehingga mereka memerintahkan *case manager* untuk mengisi bagian kode INA CBG'S dengan kode yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnose penyakit (EP, 2018)

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa kelengkapan rekam medis sangat penting dalam pengklaiman BPJS. Hal yang tidak kalah pentingnya juga koordinasi antara perawat, dokter dan petugas rekam medis karena dalam formulir rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tandatangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung sehingga sebetulnya sudah terdapat peraturan tentang pentingnya kelengkapan, namun masih ditemukan permasalahan yang harus diselesaikan.

Jika ditelusuri lebih lanjut, maka akar masalah tingginya kesalahan coding dan rendah kepatuhan dokter dalam pengisian resume disebabkan oleh tidak adanya sanksi yang tegas. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Pradani dan Lelonowati yang menyatakan bahwa ada 5 akar masalah penyebab keterlambatan berkas verifikasi ke IJP ialah sebagai berikut: (1) belum ada *reward and punishment* bagi dokter penanggungjawab yang tidak melengkapi rekam medis 1x24 jam, (2) belum ada umpan balik secara rutin dari IJP mengenai

kepatuhan pengembalian berkas verifikasi 2x24 jam, (3) belum ada SOP mengenai tata cara pengembalian berkas verifikasi ke IJP, (4) belum ada kebijakan *reward and punishment* bagi unit yang belum menginput data 100% pada SIM-RS, dan (5) belum meminta kepada tim SIM-RS untuk membuat program yang dapat mengetahui data pasien KRS setiap hari yang terhubung ke IJP (Pradani & Lelonowati, 2017)

Berdasarkan masalah-masalah yang ditemukan menjadi penyebab *pending claim*, maka hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah:

- Mencocokkan kesesuaian berkas *claim* dengan berkas yang dipersyaratkan.
- Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas, maka berkas dikembalikan ke Rumah Sakit untuk dilengkapi.
- Kesesuaian antara tindakan operasi denganspesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. (BPJS, 2014).

Hal yang senada juga dikemukakan oleh Noviatry dan Sugeng (2016) bahwa hal yang dilakukan untuk mengatasi penyebab keterlambatan dari faktor man adalah memberikan informasi kepada pasien agar kedepannya pasien membawa persyaratan dengan lengkap. Petugas pengodean berkomunikasi dengan dokter agar dokter segera melengkapi resume pasien. petugas rekam medis juga mengupayakan diadakan perekrutan tenaga rekam medis (Noviatry, 2016).

### **KESIMPULAN**

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah:

- Hal-hal yang sering ditemukan menjadi masalah saat verifikasi kepesertaan



## **Jurnal Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Sosial**

adalah ketidaksesuaian antara identitas (KTP, KK) dengan kartu BPJS Kesehatan, kartu BPJS Kesehatan tidak aktif karena tunggakan, tetapi hal ini tidak menjadi penyebab terjadinya *pending claim*.

2. Hal yang menjadi penyebab *pending claim* terjadi pada saat verifikasi administrasi pelayanan, antara lain: ketidaksesuaian kode dan diagnosa dari rumah sakit dengan kode dari verifikator BPJS Kesehatan

### **DAFTAR PUSTAKA**

- BPJS. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim (2014).
- EP, A. A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr . *Jurnal ARSI*, 4(2), 122–134.
- Humas BPJS Kesehatan. (2017). 1 VA Untuk Pembayaran Seluruh Anggota Keluarga. Retrieved from <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2016/402/1-VA-Untuk-Pembayaran-Seluruh-Anggota-Keluarga>
- Humas BPJS Kesehatan. (2018). Jaminan Kesehatan Semesta sudah di Depan Mata. Retrieved from <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2018/639/Jaminan-Kesehatan->
- Kemenkes RI. (2014a). Permenkes RI No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Base Groups ( INA-CBGs ).
- Kemenkes RI. (2014b). Permenkes RI No.28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Lexy J. Moleong. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Noviatri, L. W. (2016). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho, 1(1), 22–26.
- Pradani, E. A., & Lelonowati, D. (2017). Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X : Apa Akar Masalah dan Solusinya ?, 6(August), 107–114. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6134>