

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Jati Husada Karanganyar
 - a. Sejarah berdirinya Rumah Sakit Umum Jati Husada Karanganyar

Rumah Sakit Umum (RSU) Jati Husada Karanganyar terletak di Jalan Raya – Solo Tawangmangu Km. 10,3, Jati, Jaten, Karanganyar. Kode Pos 57713, Telp. 0271-821910,821911.649698, Telp. *Emergency* 0271-6497619, dengan luas tanah sekitar 3.573 m dengan luas bangunan 3.919 m. Menurut akte pendiri notaris Andre Indrawati, SH dengan nomor akte 1 tanggal 4 Desember 2000 pemilik lama RSU Jati Husada Karanganyar adalah Yayasan Tenteram Makmur Karanganyar. Setelah pada tanggal 12 September 2007 menurut SK Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia dengan nomor W9-0050.HT.01-TH.2007 menyatakan pemilik baru RSU Jati Husada Karanganyar adalah PT. Tenteram Makmur Utama dengan Akta PT yaitu Nomor 9 Tanggal 16 Januari 2020 dibawah direktur dr. Hj. Sri Hartini, MM.

Kemudian berdasarkan Ijin Tempat Usaha yaitu Surat Keputusan Bupati Karanganyar Nomor 503.590/96 Tahun 2004 Tanggal 5 Oktober 2004 dengan NIB 9120001341582 dan baerdasarkan Ijin Operasional Surat Keputusan Kepala Badan Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Karanganyar Nomor 503/01/RS/2019 Tentang Izin Operasional dan

Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Jati Husada Karanganyar sebagai Rumah Sakit Umum Tipe D. Berdasarkan lokasi RSUD Jati Husada Karanganyar yang berada di tepi jalan besar, jangkauan layanannya berasal dari berbagai kabupaten, antara lain kabupaten Karanganyar, kabupaten Sukoharjo, dan kabupaten Sragen.

b. Visi :

Menjadi Rumah Sakit Pilihan Masyarakat

c. Misi :

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan perorangan kepada masyarakat dengan sebaik-baiknya.
- 2) Melaksanakan pelayanan kesehatan sejati, murni, sesuai dengan indikasi medis yang benar.
- 3) Meningkatkan kemampuan sebagai pusat rujukan di wilayah Karanganyar dan sekitarnya.
- 4) Meningkatkan citra sebagai rumah sakit berpenampilan prima serta menjadi tujuan pengobatan bagi masyarakat.

d. Motto :

“Kepuasan Pelanggan adalah Kepuasanaku”

e. Filosofi :

- 1) Rumah sakit berkewajiban memberikan pelayanan yang terbaik.
- 2) Kehadiran pasien merupakan kepercayaan yang diberikan kepada rumah sakit yang harus diperhatikan.

- 3) Keluhan pasien kita terima sebagai wujud kecintaan kepada rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan yang diharapkan.

f. Tujuan :

- 1) Membantu pemerintah dalam meningkatkan tercapainya derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh lapisan masyarakat Karanganyar dan sekitarnya
- 2) Membantu pemerintah menyediakan lapangan pekerjaan

2. Alur Prosedur Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Jati Husada Karanganyar

Dari hasil observasi dan wawancara dengan petugas coding dan scan berkas rawat inap alur prosedur klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar yaitu :

- a. Petugas yang jaga malam membawa SEP rawat inap.
- b. Hari berikutnya petugas meng-*entry* berkas klaim rawat inap sesuai tagihannya ke e-klaim atau INACBG's.
- c. Berkas klaim rawat inap yang sudah di *entry* dijadikan satu setiap tanggal dan di *scan*.
- d. Berkas rawat inap dihitung dan diurutkan sesuai tanggal lalu dimasukkan kardus.
- e. File scan dimasukkan ke hardisk eksternal dan diberikan ke verifikator BPJS Kesehatan untuk ditransferkan file *scan*-nya.

- f. Setelah selesai dan sesuai (hitungan berkas dan file di e-klaim) dikirimkan ke kantor BPJS Kesehatan Karanganyar untuk diverifikasi sesuai dengan tanggal yang ditargetkan oleh BPJS Kesehatan.
 - g. Upload file txt ke *Vclaim (Digital Validation)*, jika semua sudah sesuai akan diajukan untuk dikirim tapi jika ada yang belum selesai, harus disesuaikan dulu dan dipilih tidak diajukan dan direvisi dulu.
 - h. Setelah selesai menyampaikan ke verifikator BPJS Kesehatan, waktu verifikasi 10 hari sejak berkas-berkas klaim dikirimkan dan muncul Berita Acara Serah Terima Berkas.
 - i. Selanjutnya akan terbit Berita Acara Hasil Verifikasi yang dikirimkan dari BPJS Kesehatan.
 - j. Petugas rumah sakit akan mencetak dan membuatkan Formulir Pengajuan Klaim (FPK) untuk klaim dan dimintakan tandatangan ke direktur rumah sakit, lalu dikirimkan kembali ke BPJS Kesehatan dan menunggu pembayaran dari BPJS Kesehatan.
3. Berkas Syarat Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di
RSU Jati Husada Karanganyar

Dari hasil observasi dan wawancara dengan petugas klaim BPJS Kesehatan rawat inap ada beberapa berkas syarat untuk pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSU Jati Husada Karanganyar yaitu:

- a. Luaran INA-CBG's
- b. Lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- c. Rujukan atau triase IGD

- d. Status rawat inap atau penunjang
- e. Kwitansi
- f. Resep

4. Persentase *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2024 di RSUD Jati Husada Karanganyar

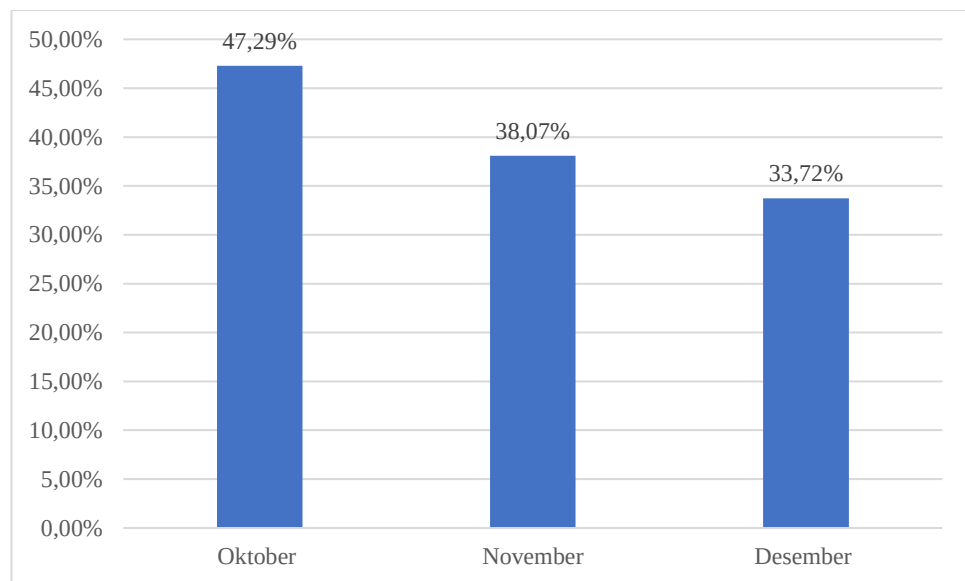


Diagram 4.1
Persentase *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap
Triwulan IV Tahun 2024

Berdasarkan diagram 4.1 diketahui bahwa persentase *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap triwulan IV tahun 2024 di RSUD Jati Husada Karanganyar yaitu pada bulan Oktober terdapat 105 rekam medis mengalami *pending* klaim dari 222 rekam medis yang diajukan untuk klaim dengan persentase 47,29%, bulan November terdapat 99 rekam medis mengalami *pending* klaim dari 260 rekam medis yang diajukan untuk klaim dengan persentase 38,07%, dan bulan Desember terdapat 87 rekam medis

mengalami *pending* klaim dari 258 rekam medis yang diajukan untuk klaim dengan persentase 33,72%. Berdasarkan diagram diatas dapat diketahui pada triwulan IV tahun 2024 persentase *pending* klaim mengalami penurunan di setiap bulannya.

5. Faktor-Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Jati Husada Karanganyar
- a. Aspek Kelengkapan Berkas

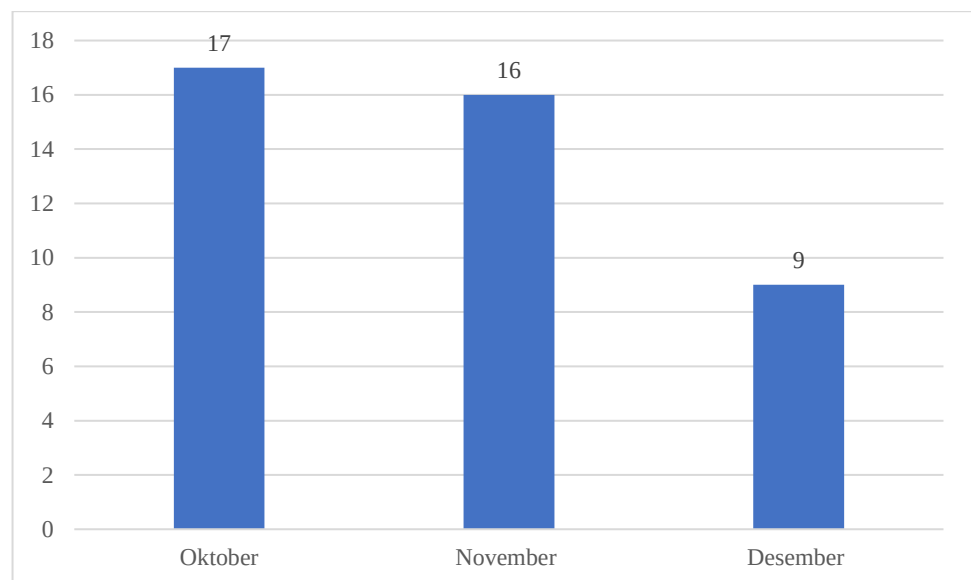


Diagram 4.2
Pending klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Triwulan IV tahun 2024 dari Aspek Kelengkapan Berkas

Aspek kelengkapan berkas klaim mencakup kelengkapan berkas syarat yang sudah di tentukan dari BPJS Kesehatan untuk pengajuan klaim. Hal yang menyebabkan *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar dari aspek kelengkapan berkas diantaranya belum terlampirnya hasil PA pada periode rawat

inap, kelengkapan terkait hasil pemeriksaan penunjang, pendukung tatalaksana terapi, dan pendukung tatalaksana coding.

Berdasarkan diagram 4.2 diketahui bahwa terdapat *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap triwulan IV tahun 2024 dari aspek kelengkapan berkas sebanyak 42 rekam medis (5,67%), yaitu pada bulan Oktober 17 rekam medis dari 222 rekam medis yang diklaim, bulan November 16 rekam medis dari 260 rekam medis yang diklaim, dan bulan Desember 9 rekam medis dari 258 rekam medis yang diklaim. Dari diagram di atas dapat diketahui bahwa setiap bulannya mengalami penurunan jumlah *pending* klaim berdasarkan aspek kelengkapan berkas.

b. Aspek Kodefikasi

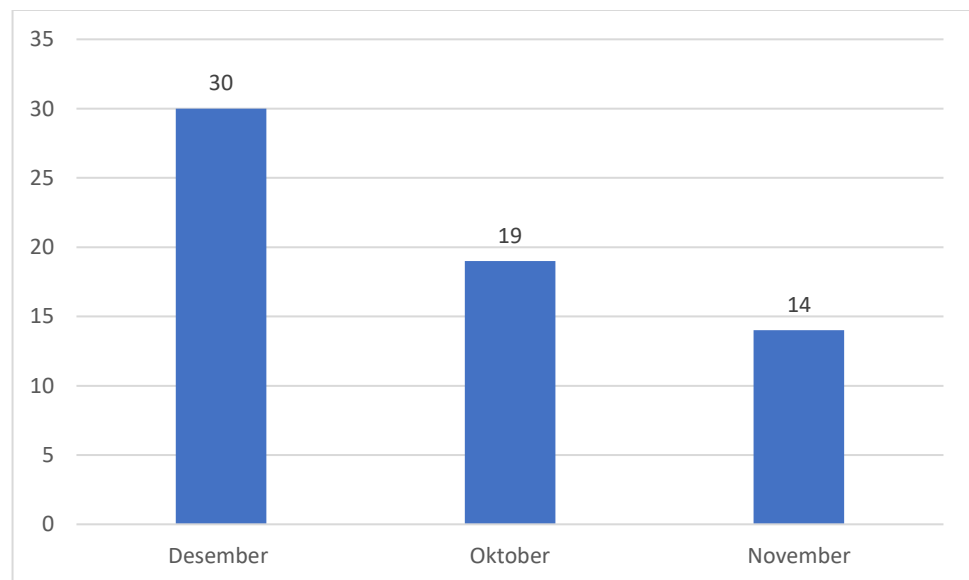


Diagram 4.3
Pending klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Triwulan IV tahun 2024 dari Aspek Kodefikasi

Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2018 tentang verifikasi dan persetujuan klaim dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), verifikasi pasca klaim berdasarkan aspek kodefikasi, mencakup pemeriksaan terhadap kode diagnosis (ICD-10), kode prosedur (ICD-9-CM) dan kode lainnya yang digunakan untuk mengidentifikasi kondisi medis, tindakan, atau layanan yang diberikan.

Hal yang menjadi penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar berdasarkan aspek kodefikasi diantaranya konfirmasi terkait kode diagnosis dan tindakan atau prosedur belum tepat sesuai keputusan kementerian kesehatan atau dari pihak BPJS.

Berdasarkan diagram 4.3 diketahui bahwa terdapat *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap triwulan IV tahun 2024 dari aspek kodefikasi sebanyak 63 rekam medis (8,51%), yaitu pada bulan Oktober 19 rekam medis dari 222 rekam medis yang diklaim, bulan November 14 rekam medis dari 260 rekam medis yang diklaim, dan bulan Desember 30 rekam medis dari 258 rekam medis yang diklaim. Dari diagram di atas dapat diketahui pada bulan Oktober ke November mengalami penurunan tetapi pada bulan Desember mengalami peningkatan *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.

c. Aspek Proses Verifikasi Administrasi

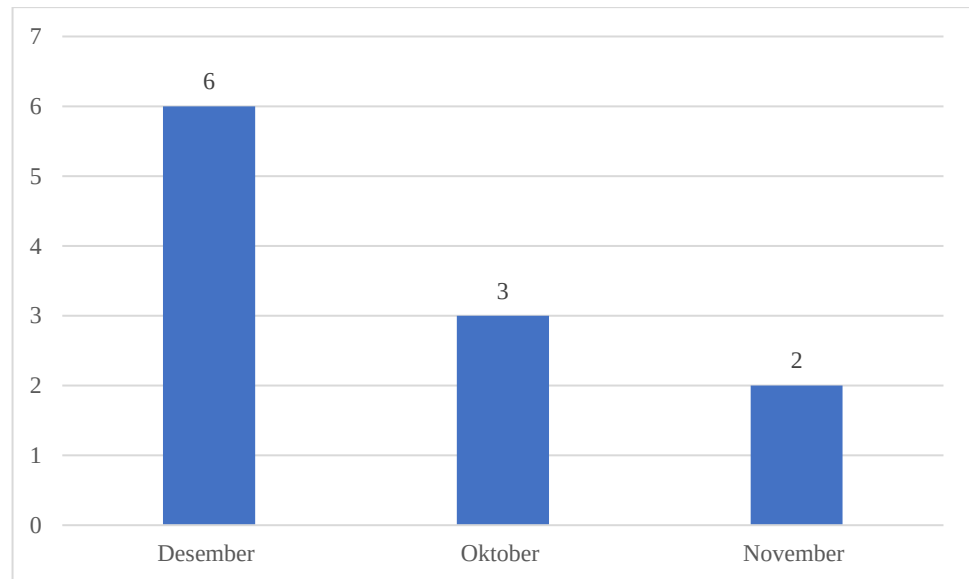


Diagram 4.4

Pending klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Triwulan IV tahun 2024 dari Aspek Proses Verifikasi Administrasi

Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2018 tentang verifikasi dan persetujuan klaim dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), verifikasi pasca klaim berdasarkan aspek administrasi, yang dimaksud berkaitan dengan dengan proses verifikasi yang biasanya menyangkut data diri pasien, penyakit yang di derita, dan kegiatan pelayanan rumah sakit.

Hal yang menyebabkan *pending* klaim BPJS Kesehatan dari aspek administrasi diantaranya kunjungan rawat inap berulang di FKRTL yang sama dalam waktu kurang atau sama dengan 30 hari, pasien rawat inap dengan lama perawatan 6 jam seharusnya ditagihkan sebagai RJTL, dan belum centang KLL.

Berdasarkan diagram 4.4 diketahui bahwa terdapat *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap triwulan IV tahun 2024 dari aspek administrasi sebanyak 11 rekam medis (1,48%), yaitu pada bulan Oktober 3 rekam medis dari 222 rekam medis yang diklaim, bulan November 2 rekam medis dari 260 rekam medis yang diklaim, dan bulan Desember 6 rekam medis dari 258 rekam medis yang diklaim. Dari diagram di atas dapat diketahui pada bulan Oktober ke November mengalami penurunan tetapi pada bulan Desember mengalami peningkatan *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.

d. Aspek Medis

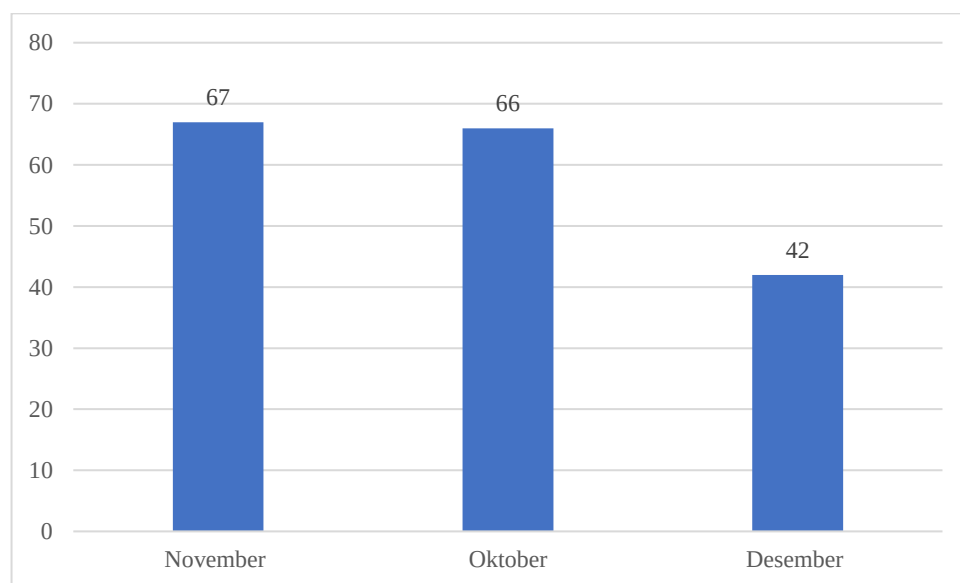


Diagram 4.5
Pending klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Triwulan IV tahun 2024 dari Aspek Medis

Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2018 tentang verifikasi dan persetujuan klaim dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN),

verifikasi pasca klaim berdasarkan aspek, medis dalam verifikasi pasca klaim mencakup pemeriksaan yang dilakukan untuk memastikan bahwa pelayanan medis sudah tercatat dalam klaim, didokumentasikan dengan lengkap dan akurat sesuai dengan standar medis yang berlaku.

Hal yang menjadi penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap berdasarkan aspek medis diantaranya indikasi gawat darurat belum sesuai Peraturan Menteri Kesehatan, indikasi medis pasien dirawat inapkan, indikasi rawat inap belum sesuai Peraturan Menteri Kesehatan dan indikasi dilakukan tindakan, konfirmasi terkait hasil pemeriksaan penunjang untuk diagnosis periode rawat inap, kronologi kejadian, dan konfirmasi keadaan medis pasien selama rawat inap.

Berdasarkan diagram 4.5 diketahui bahwa terdapat *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap triwulan IV tahun 2024 dari aspek medis sebanyak 175 rekam medis (23,64%), yaitu pada bulan Oktober 66 rekam medis dari 222 rekam medis yang diklaim, bulan November 67 rekam medis dari 260 rekam medis yang diklaim, dan bulan Desember 42 rekam medis dari 258 rekam medis yang diklaim. Dari diagram di atas dapat diketahui pada bulan Oktober ke November mengalami peningkatan tetapi pada bulan Desember mengalami penurunan *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.

B. Pembahasan

1. Alur Prosedur Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Jati

Husada Karanganyar

Hasil observasi dan wawancara yang dilakukan dengan petugas coding dan petugas scan berkas di RSUD Jati Husada Karanganyar, alur prosedur klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap teridentifikasi melalui lima tahapan utama yang memberikan gambaran yang komprehensif mengenai alur prosedur klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap yaitu:

a. Pengumpulan Berkas dan *Entry* Data

Pada tahap pertama, petugas yang berjaga di malam hari membawa Surat Eligibilitas Peserta (SEP) pasien rawat inap yang sudah selesai perawatan, hal ini memastikan bahwa klaim rawat inap yang diajukan bersumber dari data pasien yang terverifikasi. Petugas meng-*entry* berkas klaim rawat inap sesuai dengan tagihannya ke sistem e-Klaim atau INACBG's. Dalam proses ini akurasi data dan kelengkapan berkas yang dimasukkan menjadi penting, karena apabila ada kesalahan atau ketidaklengkapan berkas dapat berpengaruh pada proses pengajuan klaim, yang akan menyebabkan terjadinya klaim *pending*.

b. Pemindaian Berkas dan Pengumpulan Kembali Berkas yang discan

Berkas yang sudah di *entry*, kemudian discan dan disusun sesuai dengan tanggal yang tertera pada berkas. Untuk selanjutnya disimpan dalam kardus. File hasil scan kemudian disimpan dalam hardisk eksternal dan diserahkan kepada verifikator, setiap bulan di tanggal 10.

c. Verifikasi dan Pengiriman File Berkas ke BPJS Kesehatan

File hasil scan diserahkan kepada verifikator BPJS Kesehatan untuk dilakukan verifikasi. File tersebut kemudian di *upload* ke sistem *Vclaim* untuk validasi digital. Apabila berkas sesuai dan tidak ada yang perlu diperbaiki, klaim layak diajukan. Sebaliknya, apabila ada data yang kurang atau belum sesuai, maka berkas akan diperbaiki terlebih dahulu sebelum diajukan. Verifikasi harus teliti dan tepat waktu agar klaim yang dikirimkan sesuai dengan standar yang telah ditentukan oleh BPJS.

d. Penentuan Waktu Verifikasi dan Penerbitan Berita Acara

Waktu verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan membutuhkan waktu sekitar 10 hari setelah berkas klaim diterima. Selama periode ini, BPJS Kesehatan melakukan pengecekan terhadap seluruh kelengkapan dan kecocokan data klaim. Berita Acara Serah Terima Berkas menjadi bukti bahwa klaim telah diterima dan diverifikasi. Setelah berkas diverifikasi, BPJS Kesehatan akan mengirimkan Berita Acara (BA) Hasil Verifikasi yang menjadi bukti bahwa klaim telah diteliti.

e. Pengajuan dan Penyelesaian Klaim

Selanjutnya, rumah sakit akan mencetak dan menyiapkan Formulir Pengajuan Klaim (FPK) yang kemudian akan ditandatangani oleh direktur rumah sakit dan dikirimkan ke BPJS Kesehatan untuk tahap selanjutnya, yaitu pembayaran.

Alur prosedur klaim BPJS Kesehatan di RSUD Jati Husada Karanganyar menggambarkan sistem yang terstruktur dengan baik dan

memastikan proses klaim rawat inap, petugas yang terlibat dalam proses klaim BPJS Kesehatan sudah memahami alur prosedur pengajuan klaim tersebut sesuai dengan SPO dengan judul “Cara Mengajukan Klaim BPJS Kesehatan” Nomor Dokumen SPO/ RM/ 034/ RSUJH tahun 2022, yang bertujuan untuk mempermudah pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

Alur yang terstruktur ini bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh klaim rawat inap yang diajukan dapat berjalan lancar dan dapat diverifikasi secara tepat dan sesuai. Selaras dengan penelitian Tambunan et. al (2022) di RSUD Tarakan sudah adanya alur prosedur pengklaiman yang menjadi patokan, alur klaim dilaksanakan dengan baik selama proses pengklaiman.

2. Berkas Syarat Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Jati Husada Karanganyar

Berkas syarat yang dilampirkan untuk pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar terdapat enam berkas utama yaitu:

- a. Luaran INA-CBG's adalah lembar yang menunjukkan diagnosis akhir, prosedur yang dilakukan, dan kode penyakit yang menjadi dasar perhitungan biaya klaim.
- b. Lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP) adalah surat resmi yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan sebagai bukti legalitas pasien sebagai peserta BPJS Kesehatan dan bukti bahwa peserta berhak menerima pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan.

- c. Rujukan atau triase IGD adalah lembar yang menunjukkan alur masuk pasien rawat inap dari fasilitas kesehatan tingkat pertama atau melalui penanganan awal di Instalasi Gawat Darurat.
- d. Status rawat inap atau penunjang adalah lembar yang berisi informasi mengenai status pasien apakah menjalani rawat inap atau mendapatkan pelayanan penunjang (seperti radiologi, laboratorium, dan lain-lain). Lembar ini berguna untuk menentukan jenis pelayanan yang diberikan dan mendukung pengajuan klaim.
- e. Kwitansi adalah bukti pembayaran atas pelayanan atau tindakan medis yang telah diberikan. Kwitansi ini diperlukan untuk mendukung klaim, terutama jika ada biaya yang tidak ditanggung oleh BPJS dan harus dibayar mandiri.
- f. Resep adalah lembar yang berisi rincian obat-obatan yang diresepkan oleh dokter untuk pasien. Lembar ini berfungsi untuk pengajuan klaim farmasi dalam pelayanan BPJS Kesehatan.

Berkas syarat pengajuan klaim terdapat beberapa perbedaan dengan penelitian Salima N.I.F (2023) mendefinisikan persyaratan administrasi pengajuan berupa dokumen-dokumen yang diperlukan seperti KTP (Kartu Tanda Penduduk), KK (Kartu Keluarga), Surat Rujukan, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), resume medis, rincian biaya, dan formulir pemeriksaan penunjang jika pasien memerlukan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan Permenkes RI No. 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Apabila salah satu persyaratan

tersebut tidak ada atau terdapat item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim. Kelengkapan dan kebenaran formulir berkas rekam medis nantinya akan berhubungan dengan cepat lambatnya rumah sakit dalam mendapatkan hasil tarif klaim yang diterima.

3. Persentase *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Triwulan VI Tahun 2024 di RSUD Jati Husada Karanganyar

Berdasarkan diagram 4.1, diketahui persentase data *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap triwulan VI tahun 2024 pada bulan Oktober dari 222 rekam medis yang diajukan klaim, terdapat 105 klaim *pending*, dengan persentase 47,29%. Bulan November dari 260 rekam medis yang diajukan klaim, terdapat 99 klaim *pending*, dengan persentase 38,07%. Bulan Desember dari 258 rekam medis yang diajukan klaim, terdapat 87 klaim *pending*, dengan persentase 33,72%.

Dari hasil tersebut dapat diketahui adanya penurunan persentase klaim BPJS Kesehatan yang tertunda untuk pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar selama periode Oktober hingga Desember. Penurunan yang konsisten dari 47,29% di bulan Oktober menjadi 38,07% di bulan November, dan 33,72% di bulan Desember. Penurunan ini dikarenakan penyampaian melalui direktur RS yang akan disampaikan kepada perawat dan DPJP terkait indikasi medis dan kunjungan rawat inap berulang. Dari keseluruhan pada triwulan VI tahun 2024 mengalami *pending* klaim sebanyak 291 rekam medis dari 740 rekam medis yang diajukan untuk klaim, dengan persentase 39,32%.

Adanya klaim *pending* di RSUD Jati Husada Karanganyar selaras dengan penelitian Santiasih W.A (2021) yang mendeskripsikan bahwa *pending* klaim berdampak pada keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Aliran dana kas rumah sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya. Pada Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Group* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa terjadinya *pending* klaim berdampak pada pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke FKRTL menjadi tertunda.

Hal ini selaras dengan penelitian Santiasih et. al, (2021) yang menyebutkan bahwa, perlu adanya perbaikan untuk mengurangi *pending* klaim di RSUD Jati Husada Karanganyar yaitu melalui pengelolaan yang baik dalam mencapai sebuah sasaran (proses klaim yang baik) dapat menggunakan *planning* (perencanaan), *organization* (organisasi), *actuating* (pelaksanaan), dan *controlling* (pengawasan) melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.

4. Faktor-Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Jati Husada Karanganyar

a. Aspek Kelengkapan Berkas

Kelengkapan berkas klaim yaitu berkas syarat pengajuan klaim ke pihak BPJS Kesehatan telah lengkap dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Berkas syarat yang harus dilengkapi diantaranya: luaran INA-

CBG's, lembar SEP, rujukan atau triase IGD, status rawat inap atau penunjang, kwitansi, dan resep. Apabila berkas syarat tersebut tidak lengkap maka akan menyebabkan klaim tertunda, sehingga petugas harus melengkapi terlebih dahulu kekurangan yang diminta dari pihak BPJS Kesehatan sebelum klaim tersebut diajukan kembali.

Keterangan konfirmasi penyebab *pending* klaim pasien rawat inap triwulan IV dari aspek kelengkapan berkas di RSUD Jati Husada Karanganyar yaitu:

- 1) Belum terlampirnya hasil PA pada periode rawat inap (sebanyak 32 kasus)

Hal ini dimaksud bahwa berkas hasil pemeriksaan Patologi Anatomi (PA) tidak disertakan atau belum dilampirkan dalam berkas pengajuan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap, dan jika tidak terdapat hasil PA pada indikasi rawat inap maka tagihan termasuk rawat jalan.

- 2) Hasil PA belum sesuai dengan Berita Acara (BA) Kesepakatan (sebanyak 9 kasus)

Yaitu hasil PA (Patologi Anatomi) dalam berkas klaim harus mengikuti ketentuan yang tertuang dalam berita acara kesepakatan tersebut.

- 3) Keterangan konfirmasi dari pihak BPJS Kesehatan mengenai kelengkapan pendukung pelaksanaan terapi (sebanyak 1 kasus)

Selain itu keterangan konfirmasi mengenai pendukung tatalaksana coding yaitu kurangnya rincian dalam rekam medis untuk mendukung penetapan kode penyakit dan tindakan yang diajukan untuk klaim seperti tidak terlampirnya hasil pemeriksaan penunjang untuk mendukung penegakan diagnosis dan tindakan yang tepat.

Pendukung tatalaksanaan terapi seperti Catatan Perkembangan Pasien (CPPT), lembar observasi, catatan pemberian obat, laporan tindakan medis atau operasi, rencana asuhan keperawatan, catatan fisioterapi atau rehabilitasi.

Berdasarkan diagram 4.2 data *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar pada triwulan IV tahun 2024 dari aspek kelengkapan berkas menunjukkan adanya penurunan pada periode tersebut. Dari total 740 klaim yang diajukan, sebanyak 42 klaim (5,68%) mengalami penundaan akibat ketidaklengkapan berkas. Penurunan jumlah *pending* klaim dari 17 kasus di bulan Oktober menjadi 16 kasus di bulan November, dan menurun lagi menjadi 9 kasus di bulan Desember. Penurunan yang konsisten ini berdampak baik bagi pihak rumah sakit, karena artinya keseluruhan syarat untuk pengajuan klaim terpenuhi.

Penyebab *pending* klaim berdasarkan aspek kelengkapan berkas syarat yang diajukan untuk klaim di urutan pertama yaitu belum terlampirnya hasil PA pada periode rawat inap sebanyak 32 berkas klaim, hal ini disebabkan karena hasil PA belum selesai, permintaan PA

terlambat, dan kelalaian petugas belum melampirkan hasil PA pada e-klaim atau INA-CBG's. Diurutan kedua yaitu hasil PA belum sesuai dengan Berita Acara Kesepakatan sebanyak 9 berkas klaim, hal ini disebabkan karena isi hasil PA belum lengkap dan petugas verifikasi tidak mengecek kembali isi hasil PA tersebut.

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, *pending* klaim terjadi apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat inap dan rawat jalan tersebut ke rumah sakit. Berkas-berkas yang dikembalikan ini merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas *pending* dan harus dilengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Oleh karena itu, kelengkapan berkas untuk pengajuan klaim perlu diperhatikan sebelum diajukan ke pihak BPJS Kesehatan, di RSUD Jati Husada Karanganyar masih terdapat penyebab *pending* klaim dari aspek kelengkapan berkas diantaranya belum dilampirkan hasil PA, hasil PA belum sesuai berita acara kesepakatan, dan belum terlampirkannya hasil pemeriksaan penunjang. Selaras dengan penelitian Triatmaja A. B (2022) yang menguraikan bahwa di RSUD Haji Surabaya juga masih terdapat berkas klaim yang tidak lengkap dan tidak tercantum dalam

klaim. Berkas yang sering tidak tercantum diantaranya adalah berkas hasil pemeriksaan penunjang.

Hal ini selaras dengan penelitian Santiasih et. al, (2021) yang menyebutkan bahwa, kurangnya kelengkapan berkas dalam syarat pengajuan klaim berdampak pada penolakan klaim yang diajukan sehingga rumah sakit mengalami potensi penundaan pembayaran dan juga meningkatkan beban kerja petugas yang harus melakukan tindak lanjut untuk melengkapi berkas.

b. Aspek Kodefikasi

Aspek kodefikasi yang dimaksud adalah proses pemberian kode diagnosis penyakit (berdasarkan ICD-10) dan kode tindakan medis (berdasarkan ICD-9-CM) pada berkas klaim pelayanan kesehatan yang diajukan untuk klaim harus tepat dan akurat sesuai dengan regulasi BPJS Kesehatan. Namun, di RSUD Jati Husada masih di temukan kode diagnosis dan kode tindakan atau prosedur belum tepat sesuai keputusan kementerian kesehatan atau dari pihak BPJS, yang menyebabkan *pending* klaim.

Berdasarkan diagram 4.3 data *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar pada triwulan IV tahun 2024 dari aspek kodefikasi menunjukkan bahwa dari total 740 klaim yang diajukan, terdapat 63 klaim (8,51%) yang tertunda. Terjadi penurunan jumlah *pending* klaim dari 19 kasus di bulan Oktober menjadi 14 kasus di bulan November, yang menunjukkan adanya

potensi perbaikan dalam proses kodefikasi pada periode tersebut. Namun, peningkatan terjadi pada bulan Desember yaitu 30 kasus *pending* klaim.

Beberapa penyebab *pending* klaim pasien rawat inap triwulan IV berdasarkan aspek kodefikasi diantaranya:

- 1) Konfirmasi untuk susunan diagnosis di sesuaikan dengan *resources* terbanyak (sebanyak 11 kasus) yang dimaksud adalah diagnosis utama atau primer harus dipilih berdasarkan penggunaan sumber daya (*resources*) medis yang paling banyak bukan hanya diagnosis pertama atau diagnosis awal yang dituliskan dokter.

Sebagai contoh : seorang pasien dinyatakan rawat inap dikarenakan *pneumonia* dan hipertensi, tetapi selama rawat inap diagnosis *pneumonia* yang menjadi alasan pasien tersebut lebih lama dirawat inap, biaya pengobatan yang lebih tinggi, dan konsumsi obat. Sedangkan hipertensi hanya dipantau.

- 2) Penyakit *pneumonia* (sebanyak 7 kasus), penyebab *pending* klaim dari penyakit *pneumonia* adalah penegakan diagnosis *pneumonia* belum sesuai dengan standarisasi tata laksana medis dalam penanganan kasus *pneumonia* pada pasien dewasa, sehingga diperlukan pengecekan pada resum medis pasien dan hasil pemeriksaan penunjang apakah sudah lengkap dan memenuhi standar untuk penegakan diagnosis utama *pneumonia*.

Tata laksana rawat inap diagnosis *pneumonia* pada Kemenkes RI Nomor HK.01.07/MENKES/2147/2023 tentang pedoman nasional pelayanan kedokteran tatalaksana *pneumonia* pada dewasa diantaranya:

- a) Diagnosis *pneumonia* ditegakkan jika pada pemeriksaan radiologi terdapat *infiltrat/ opasitas/ konsolidasi/ air bronchogram*, ditambah dengan gejala dan tanda seperti batuk, nyeri dada, dan sesak napas (Kemenkes RI Nomor HK. 01.07/MENKES/2147/2023 halaman 11-12).
 - b) Penentuan apakah pasien perlu rawat inap berdasarkan skoring CURB-65, PSI, atau IDSA/ATS 2007 (Kemenkes RI Nomor HK. 01.07/MENKES/2147/2023 halaman 19-23).
 - c) Pasien rawat inap harus dilakukan evaluasi dan pemberian antibiotik dalam 72 jam pertama (Kemenkes RI Nomor HK. 01.07/MENKES/2147/2023 halaman 50).
 - d) Pemeriksaan mikrobiologi sputum (Gram sputum atau kultur sputum) harus dilakukan untuk menyesuaikan terapi antibiotik (Kemenkes RI Nomor HK. 01.07/MENKES/2147/2023 halaman 13-14).
- 3) Konfirmasi hapus kode *Efusi Pleura* tanpa prosedur *pungsi* atau *torakosintesis* atau pemasangan WSD pada diagnosis *Oedem Pulmo* (Sebanyak 4 kasus)

Yang dimaksud adalah diagnosis *oedem pulmo* apabila tanpa prosedur *pungsi* atau *torakosintesis* atau pemasangan WSD maka kode *efusi pleura* tidak perlu ditambahkan untuk klaim.

Penyebab lainnya *pending* klaim dari aspek kodefikasi adalah kode diagnosis dan kode tindakan atau prosedur belum tepat sesuai keputusan kementerian kesehatan atau pihak BPJS. Selaras dengan penelitian Tambunan S. (2022) di RSUD Tarakan juga terdapat *pending* klaim yang disebabkan oleh aspek kodefikasi, yakni terjadinya ketidaksesuaian diagnosa rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan. Dengan adanya ketidaksesuaian kodefikasi tersebut menimbulkan keterlambatan dalam pengajuan klaim dikarenakan butuh waktu untuk mengklarifikasi masalah ketidaksesuaian tersebut. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa koding sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke FKRTL. Apabila sering terjadi klaim *pending* dari aspek koding maka pembiayaan prospektif yang diberikan ke FKRTL lebih kecil dari yang seharusnya, sehingga berpengaruh pada kinerja rumah sakit dan anggaran operasional yaitu ketidaksesuaian antara biaya layanan dan pendapatan.

c. Aspek Proses Verifikasi Administrasi

Aspek proses verifikasi administrasi yang dimaksud berkaitan dengan proses verifikasi yang menyangkut data diri pasien, penyakit yang di derita, dan kegiatan pelayanan rumah sakit. Keterangan konfirmasi dari pihak BPJS Kesehatan yang menyebabkan *pending* klaim pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar berdasarkan aspek administrasi diantaranya kunjungan rawat inap berulang di FKRTL yang sama dalam waktu kurang atau sama dengan 30 hari, pasien rawat inap dengan lama perawatan 6 jam seharusnya ditagihkan sebagai RJTL, dan belum centang KLL.

Kasus yang menyebabkan *pending* klaim pasien rawat inap triwulan IV berdasarkan aspek proses verifikasi administrasi diantaranya:

- 1) Kunjungan rawat inap berulang di FKRTL yang sama dalam waktu kurang dari atau sama dengan 30 hari (Sebanyak 6 kasus) menunjukkan potensi kurang optimalnya penanganan pada kunjungan sebelumnya atau adanya interpretasi yang berbeda mengenai aturan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan menjelaskan bahwa episode adalah jangka waktu perawatan pasien, mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap, termasuk konsultasi atau pemeriksaan dokter dan/atau pemeriksaan penunjang maupun

pemeriksaan lainnya. Untuk setiap episode hanya dapat dilakukan 1 (satu) kali klaim.

- 2) Pasien rawat inap dengan lama perawatan 6 jam (sebanyak 3 kasus) seharusnya ditagihkan sebagai RJTL yang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan bahwa konfirmasi lama dirawat atau *Lenght Of Stay* 1 hari rujuk di klaim pada rawat jalan.
- 3) Keterangan konfirmasi dari BPJS Kesehatan terkait belum centang KLL (Sebanyak 2 kasus) artinya pada proses verifikasi administrasi belum ditandai sebagai akibat Kecelakaan Lalu Lintas (KLL), padahal berkas yang diajukan kasus tersebut berkaitan dengan kecelakaan. Hal ini penting karena jika kasus KLL murni, klaim biasanya menjadi tanggung jawab Jasa Raharja terlebih dahulu. Jika KLL bukan murni atau kasus tersebut tidak ditanggung Jasa Raharja, baru bisa dibiayai BPJS.

Karena hal ini akan berpengaruh pada proses pengajuan klaim kasus kecelakaan lalu lintas dilihat dari *from* Jasa Raharja sebagai salah satu syarat diajukannya klaim BPJS Kesehatan. Selaras dengan penelitian Salima. N. I. F (2023) mengidentifikasi verifikator rumah sakit akan diberikan kesempatan untuk mengecek ulang resume medis jika terdapat kesalahan penginputan data SEP, asesmen awal atau surat pegantar rawat inap jika pasien kecelakaan lalu lintas.

Berdasarkan diagram 4.4 data *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar pada triwulan IV tahun 2024 dari aspek administrasi menunjukkan dari total 740 klaim yang diajukan, terdapat 11 klaim (1,49%) yang mengalami penundaan. Angka ini relatif kecil dibandingkan dengan total klaim, namun tetap memerlukan perhatian untuk meningkatkan efisiensi proses klaim. Adanya klaim *pending* berdasarkan aspek proses verifikasi administrasi selaras dengan penelitian Salima N. I. F (2023) di RS Tentara dr. Soepraoen Malang masih dijumpai *pending* klaim berdasarkan faktor administrasi sebanyak 3 dokumen atau 3% tidak sesuai.

Hal ini selaras dengan penelitian Santiasih et. al, (2021) yang menyebutkan bahwa, aspek administrasi juga menyebabkan aliran kas rumah sakit terganggu dan pemberian gaji pegawai rumah sakit terlambat, karena penundaan pembayaran akibat klaim *pending*.

d. Aspek Medis

Aspek medis adalah kesesuaian pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Keterangan konfirmasi dari pihak BPJS berdasarkan aspek medis di RSUD Jati Husada Karanganyar meliputi indikasi gawat darurat belum sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan, indikasi medis mengapa alasan apa pasien tersebut dirawat inap, kronologi kejadian biasanya untuk pasien kecelakaan lalu lintas, dan konfirmasi keadaan medis pasien selama rawat inap.

Kasus penyebab *pending* klaim pasien rawat inap triwulan IV yang sering terjadi berdasarkan aspek medis diantaranya:

- 1) Indikasi pasien masuk melalui IGD, apakah memenuhi kriteria gawat darurat (sebanyak 102 kasus)

Yang dimaksud adalah pasien yang masuk melalui IGD harus diseleksi dan disesuaikan dengan kriteria indikasi kegawatdaruratan yaitu (a) mengancam nyawa, membahayakan diri, dan lingkungan; (b) adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi; (c) adanya penurunan kesadaran; (d) adanya gangguan hemodinamik; (e) memerlukan tindakan segera. Apabila tidak memenuhi kriteria tersebut, pasien bisa dialihkan ke layanan rawat jalan atau pendaftaran poliklinik.

- 2) Indikasi pasien dirawat inap (sebanyak 29 kasus)

Indikasi medis yang dimaksud sesuai dengan kondisi klinis atau faktor medis yang menunjukkan bahwa pasien membutuhkan pemantauan, pengobatan, dan perawatan intensif di rumah sakit. Selaras dengan penelitian Tambunan S. (2022) yang menyatakan bahwa faktor penyebab *pending* klaim berdasarkan aspek medis salah satunya tidak ada surat perintah rawat inap yang berisi alasan indikasi medis bahwa alasan apa yang membuat pasien dirawat di rumah sakit.

Berdasarkan PMK No. 28 Tahun 2014 Tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan indikasi medis pasien rawat inap harus

berdasarkan indikasi medis, bukan karena permintaan pasien atau keluarga.

- 3) Konfirmasi mengenai pasien masuk melalui IGD, Indikasi pasien di lakukan SC? Apakah sudah di lakukan induksi? (sebanyak 15 kasus)

Pada konfirmasi *pending* klaim tersebut terdapat 3 penyebab:

- a) Pasien masuk melalui IGD dan indikasi dirawat inap harus memenuhi syarat kegawatdaruratan sesuai dengan Permenkes RI.
 - b) Indikasi pasien dilakukan SC harus memenuhi kriteria klinis untuk dilakukan operasi sesar (SC), sesuai dengan indikasi SC yaitu indikasi maternal dan indikasi janin.
 - c) Apakah sudah dilakukan induksi yang dimaksud adalah apakah sebelum melakukan SC, dokter sudah melakukan induksi persalinan terlebih dahulu, atau memang memerlukan SC langsung.
- 4) Indikasi medis pasien dilakukan SC (sebanyak 14 kasus)

Indikasi medis pasien dilakukan SC harus disertai alasan klinis yang objektif dan dapat dibenarkan secara medis untuk melakukan operasi sesar sebagai metode persalinan.

Berdasarkan diagram 4.5 data *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar pada triwulan IV tahun 2024 dari aspek medis menunjukkan dari total 740 klaim yang

diajukan, terdapat 175 klaim (23,65%) yang tertunda. Persentase ini secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan *pending* klaim dari aspek kelengkapan berkas, aspek kodefikasi, dan aspek administrasi. Aspek medis ini menjadi penyebab utama pada proses klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap triwulan IV tahun 2024 di RSUD Jati Husada Karanganyar. Adanya klaim *pending* berdasarkan aspek medis ini selaras dengan penelitian Salima N. I. F (2023) di RS Tentara dr. Soepraoen Malang masih dijumpai *pending* klaim berdasarkan faktor medis berdasarkan hasil analisis sebanyak 31 dokumen atau 52% tidak lengkap.

Peningkatan jumlah *pending* klaim dari 66 kasus di bulan Oktober menjadi 67 kasus di bulan November, dan mengalami penurunan yang cukup besar menjadi 42 kasus di bulan Desember. Peningkatan dari bulan Oktober ke November memerlukan perhatian khusus dan perlu mengetahui penyebab *pending* klaim dari aspek medis paling sering terjadi.

Hal ini menyebabkan pemberian kode diagnosis dan tindakan kurang tepat dan akurat sebab dalam menegakkan kode diagnosis dan tindakan memerlukan dukungan medis tambahan seperti indikasi medis pasien dirawat inap. Selaras dengan penelitian Tambunan S. (2022) yang menyatakan surat perintah rawat inap seharusnya diperlukan alasan indikasi medis dan surat pengantar dari dokter spesialis kepada pasien yang berisi tentang diagnosis dan rencana pengobatan yang

diberikan kepada BPJS. Dalam hal diagnosis suatu tindakan atau prosedur yang memerlukan dukungan medis tambahan.