

ANALISIS FAKTOR PENYEBAB *PENDING* KLAIM BPJS RAWAT JALAN BULAN SEPTEMBER TAHUN 2022 DI RS X

Analysis of Factors Causing Pending BPJS Outpatient Claim in September 2022 at X Hospital

Frieska Rahma Ardi Saputri¹, Zahrasita Nur Indira², Harry Fauzi³

^{1,2,3} Universitas Muhammadiyah Purwokerto Jl. Letjend Soepardjo Roestam, Purwokerto
Korespondensi e-mail: frieskarahma02@gmail.com

ABSTRAK

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Proses klaim ini dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang layak, namun untuk berkas yang tidak layak klaim atau *pending (unclaimed)* harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali. Tujuan penelitian ini menganalisis faktor-faktor penyebab *pending* klaim rawat jalan di bulan September 2022 di Rumah Sakit X. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat *pending* klaim BPJS rawat jalan di Rumah Sakit X pada bulan September 2022 sebanyak 15.041 dan *pending* sebanyak 362 yang terjadi karena beberapa faktor. Dari pengembalian ini terdiri dari aspek administrasi, medis, dan coding. *Pending* klaim yang terjadi di Rumah Sakit X menyebabkan pendapatan rumah sakit sedikit terhambat. Kesimpulan penelitian ini menunjukkan faktor yang menyebabkan *pending* klaim) BPJS rawat jalan di Rumah Sakit X yaitu, rangkaian prosedur rawat jalan, rangkaian rawat jalan dan hemodialisa, konfirmasi coding diagnosis atau tindakan, konfirmasi pemberian dosis *thalassemia*, faktor tersebut yang menyebabkan *pending* klaim BPJS rawat jalan. Faktor lain dari penyebab *pending* adalah tidak adanya SPO yang berlaku untuk *pending* klaim di RS X.

Kata kunci: klaim, *pending*, rawat jalan

ABSTRACT

BPJS claims are submissions for the costs of treating BPJS participant patients by the hospital to BPJS Health. This claim process is carried out collectively and billed to BPJS Health every month. After that, BPJS Health will approve claims and make payments for appropriate files, but for files that are not eligible for claims or pending (unclaimed) must be returned to the hospital for re-examination. The purpose of this study was to analyze the factors causing pending outpatient claims in September 2022 at Hospital X. The research method used was qualitative. The results showed that there were still 15,041 pending BPJS outpatient claims at Hospital X in September 2022 and 362 pending due to several factors. This return consists of administrative, medical, and coding aspects. Pending claims that occurred at Hospital X caused the hospital's revenue to be slightly hampered. The conclusion of this study shows the factors that cause pending claims) BPJS outpatient care at Hospital X, namely, a series of outpatient procedures, a series of outpatient care and hemodialysis, confirmation of diagnosis or action coding, confirmation of thalassemia dosage, these factors cause pending BPJS outpatient claims. Another factor causing pending is the absence of an SPO that applies to pending claims at Hospital X.

Keywords: claims, *pending*, outpatient

Pendahuluan

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit dapat didirikan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, atau swasta. rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud hsistem arus berbentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan, atau instansi tertentu dengan pengelolaan badan layanan umum atau badan layanan umum daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, 2020*)

Pelayanan rawat jalan merupakan sebuah unit fungsional di rumah sakit yang menerima pasien untuk berobat jalan dan pasien yang akan dirawat. Pelayanan rawat jalan juga menjadi akses pertama pasien di rumah sakit, salah satu indikator pelayanan rekam medis (NUR ALINA, 2021).

Sistem Pembiayaan kesehatan di Indonesia yang berlaku saat ini adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai pada tahun 2014 yang secara bertahap menuju ke Universal Health Coverage. Tujuan JKN secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Dalam implementasi JKN telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBG's sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018.

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang di bentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan bagimasyarakat. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program kesehatan untuk masyarakat dalam pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang tealh diberikan kepada peserta. BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang *pending* harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali (Kukuh Kurnia, 2022).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Presiden Nomor 46 Tahun 2021. Menurut Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang telah membayar luran Jaminan Kesehatan atau luran Jaminan Kesehatan dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Fenti Wulandari, 2020). Setiap rumah sakit menyediakan pelayanan untuk pasien BPJS termasuk RS X. Jaminan sosial yg diselenggarakan oleh BPJS diharapkan dapat diterapkan kepada seluruh instansi pelayanan kesehatan. Adapun sistem pengajuan klaimnya disebut dengan klaim BPJS.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Proses klaim ini dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya T, 2015). Berdasarkan Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional persyaratan tersebut harus lengkap dan sesuai saat diajukan kepada verifikator BPJS. Ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian administrasi akan menyebabkan terjadinya pengembalian klaim (Pemerintah RI, 2018). Pengembalian klaim akan mempengaruhi pembiayaan pelayanan dan menghambat operasional rumah sakit.

Verifikator BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi berkas lewat klaim BPJS yang diajukan oleh fasilitas kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien BPJS Kesehatan guna untuk menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Jika ditemukan adanya klaim yang tidak layak atau

pending, maka pihak BPJS tidak akan melakukan pembayaran untuk klaim tersebut (Nurdiah, 2016). Fasilitas kesehatan rumah sakit, berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG's) (Susan, 2016). (Risky Joko Manaida, 2016) Terjadinya *pending claim* memiliki pengaruh besar terhadap pemasukkan dana bagi rumah sakit dan dapat mempengaruhi indikator mutu tim jaminan kesehatan rumah sakit dan dapat mempengaruhi indikator mutu tim jaminan Kesehatan (Hendra Rohman, 2017).

Sistem INA-CBG's adalah aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim Rumah Sakit, Puskesmas dan semua Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi masyarakat miskin Indonesia (Ika Wijayanti et al., 2013). Salah satu cara pembayaran pelayanan kesehatan untuk rumah sakit di era JKN adalah dengan sistem pembayaran INA-CBG's, yaitu besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. (Destanul Aulia, 2017)

Berdasarkan uraian tersebut permasalahan yang terjadi di RS X adalah masih terdapat *pending* klaim BPJS rawat jalan.

Metode

Metode penelitian ini adalah kualitatif. Partisipan pada penelitian ini adalah 1 Kepala Rekam Medis, dan 1 petugas BPJS. Cara pengumpulan data dalam penelitian menggunakan wawancara mendalam kepada partisipan dengan menggunakan rekaman untuk merekam hasil wawancara dari partisipan serta pedoman wawancara yang digunakan sebagai panduan bagi peneliti dalam mengajukan pertanyaan sesuai dengan tujuan penelitian. Analisa data dalam penelitian ini meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan (Sugiyono, 2015) (Oktamianiza et al., 2022).

Hasil

Pada Penelitian di lapangan ditemukan bahwa terdapat kasus *pending* klaim BPJS Rawat jalan pada bulan September 2022 di RS X.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak Rumah Sakit dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang layak, namun untuk berkas yang tidak layak klaim atau *pending (Unclaimed)* harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali (Halawa, 2018). (Puspaningsih et al., 2022) RS X masih terdapat *pending* klaim BPJS. *Pending* klaim BPJS ini terjadi karena adanya perbedaan persepsi antara pihak rumah sakit dengan verifikator BPJS. *Pending* klaim BPJS di RS X bisa terjadi karena beberapa faktor. Dari pengembalian ini, yang terdiri dari aspek administrasi, medis, dan koder.

Aspek administrasi menurut Azrul Azwar dalam bukunya "Pengantar Ilmu Administrasi Kesehatan" mengatakan seseorang yang melaksanakan administrasi kesehatan berarti melaksanakan segala fungsi administrasi yakni perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, pengorganisasian dan penilaian (Azrul Azwar, 1996). Aspek Administrasi adalah Isi rekam medis menyangkut tindakan berdasar atas wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan profesional pemberi asuhan (PPA) dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Aspek administrasi ini mencakup kelengkapan berkas pasien saat akan dikirimkan ke pihak BPJS. Kelengkapan dokumen klaim BPJS yang ada di rumah sakit meliputi rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, dan bukti pelayanan lainnya (Niat Sehati Halawa et al., 2018). Pada kasus di rumah sakit x ini kadang terjadi pencetakan SEP 2 (dua) kali untuk

pasien readmisi rawat jalan. Pasien yang datang untuk rawat jalan pada rumah sakit x ini datang lagi ke rumah sakit tetapi pasien tersebut daftar lagi ke loket pendaftaran rawat jalan dan kesalahan yang biasanya terjadi di rumah sakit x ini adalah petugas lupa memberikan catatan kode "R" yang biasa digunakan untuk pasien readmisi di rumah sakit x ini. Menurut Nazar, saat seorang pasien datang ke rumah sakit, maka ia akan dilayani lalu disuruh pulang ke rumah. Setelah itu, pasien kembali sakit dan harus berobat lagi ke rumah sakit. Inilah yang disebut praktik re-admisi. Praktik re-admisi ini terjadi pada INA-CBG. INA-CBG merupakan sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah. Dengan memulangkan pasien, maka rumah sakit bisa mengklaim biaya ke BPJS dua kali (Dewi Rina Cahyani, 2019).

Aspek medis adalah catatan/rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/asuhan yang harus diberikan kepada seorang pasien. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis*, 2022). Kelengkapan dokumen rekam medis sangat mempengaruhi kualitas data statistik penyakit dan masalah kesehatan, serta dalam proses pembayaran biaya kesehatan dengan software INA-CBG's. Dokumen rekam medis yang tidak lengkap secara tidak langsung dapat mengurangi biaya klaim yang berdasarkan software INA-CBG's (Karma Maha Wirajaya & Made Umi Kartika Dewi, 2019). Dalam kasus yang terjadi di rumah sakit x ini pada pasien dengan kasus neoplasma tidak adanya hasil PA. Kurang lengkapnya hasil pemeriksaan ini dapat menyebabkan *pending* klaim di rumah sakit x ini.

Aspek koder adalah menurut Hatta (2012) pengodean adalah prosedur pemberian kode dengan menggunakan huruf dan angka. Kegiatan pengodean meliputi pengodean diagnosis dan pengodean tindakan medis. Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode diagnosis. Pengodean diagnosis yang tepat akan menghasilkan data yang akurat dan berkualitas (Purwanti et al., n.d.). Bagian koding BPJS berdasarkan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di RS X tugas utama koder adalah memberi kode diagnosis utama, sekunder, cedera luar dan kematian serta kode tindakan yang telah ditentukan dengan menggunakan buku ICD-10 volume 1,2 dan 3 untuk diagnosis penyakit dan ICD-9 CM untuk prosedur tindakan, hasil koding diinput kedalam *software* INA-CBG's. Aspek koder ini sangat berpengaruh dalam klaim BPJS di rumah sakit. Koder di RS X memiliki tugas mengkode diagnosis penyakit sesuai diagnosis yang sudah ditetapkan dokter kepada pasien. Koder di rumah sakit x ini mengkode dengan aplikasi yang tersedia yaitu SIMRS. Dan pada kasus koding ini sejauh yang diteliti oleh peneliti belum terjadi kesalahan koding.

Rumah Sakit X pada bulan September 2022 memperoleh *pending* klaim sebanyak 362 kasus dari total pengajuan sebanyak 15. 041 klaim rawat jalan pasien BPJS, yang mana pada *pending* klaim tersebut diperoleh dari berbagai macam bagian. Berikut hasil prosentase *pending* klaim BPJS bulan September 2022 di RS X kasus rawat jalan.

Tabel 1. Hasil Prosentase Pending Klaim BPJS Bulan September 2022 di RS X Kasus Rawat Jalan

No	Kasus	Jumlah Pengajuan Klain	30% sampel Pengembalian BPJS	Pending	Prosentase (%)
1	Rawat Jalan	15.041	4512,3	362	8,02%

Pembahasan

Dari tabel diatas pada kasus rawat jalan RS X mengajukan klaim sebanyak 15.041 pada bulan September yang mana 30% sampel pengembalian yang diambil BPJS sejumlah 4.512. *Pending* klaim pada bulan September sebanyak 8% yaitu 362 kasus.

Dari masalah yang terjadi di RS X tersebut disimpulkan penyebab masalah yang terjadi sesuai dengan wawancara yang telah saya lakukan dengan salah satu petugas rekam medis RS X, masih mengalami *pending* klaim dalam mengirimkan klaim kepada BPJS. *Pending* klaim ini masih sering terjadi karena beberapa faktor, antara lain:

1. Identifikasi penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Jalan di RS X dilihat dari faktor rangkaian rawat jalan dan hemodialisa

Pada rangkaian prosedur hemodialisa yang menjadi masalah adalah penyederhanaan rangkaian prosedur rawat jalan (simplifikasi). Sesuai Permenkes No 26 Tahun 2021 untuk setiap episode hanya dapat dilakukan 1 (satu) kali klaim. Rangkaian hemodialisa yang dilakukan di RS X yaitu pasien datang untuk melakukan hemodialisa dan setelah melakukan hemodialisa pasien pulang. Selanjutnya pasien diminta untuk kontrol selanjutnya untuk konsul ke dokter, seharusnya rangkaian ini bisa dilakukan dalam satu hari (simplifikasi) tetapi pihak rumah sakit membuat rangkai itu menjadi rangkaian baru dan pasien konsul dokter di hari berikutnya. Dan mengakibatkan terjadinya 2 (dua) klaim.

“...BPJS Kesehatan melakukan simplifikasi prosedur melalui kemudahan akses pelayanan dan administrasi bagi pasien cuci darah/hemodialisis (HD) yang menjalani perawatan terapi rutin di rumah sakit. Perpanjangan rujukan juga dapat dilakukan di rumah sakit melalui aplikasi Vclaim tanpa perlu mengurus ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Masa berlaku rujukan pun diperpanjang menjadi 90 hari,” (Ali Ghufron Mukti Direktur Utama BPJS Kesehatan).

Menurut wawancara salah satu petugas RS X mengatakan bahwa:

“...Standar pemberian obat, simplikasi pelayanan HD jadi BPJS melihat diagnostik yang merupakan manifestasi dari diagnostik HD dianggap seri, gejalanya sama contohnya, anemia HD umumnya anemia, dan umumnya hipertensi ya kan, BPJS menginginkan diseriin karena pertimbangan BPJS pasien itu bisa memperoleh manfaat pemeriksaan dan pemberian resep rutin misalnya hipetensi bersamaan dengan pelayanan HD nya begitu, jadi mereka penginnya jadikan satu pembayarannya, konsepnya masih asuransi ada di namanya simplikasi pelayanan HD, jadi dalihnya mungkin biar pasiennya mudah, biar bayarnya jadi satu. Dalam rangkaian hemodialisa ini BPJS melihat diagnostik yang gejalanya sama dan pembayarannya diakukan satu kali pembayaran” (Informan 1)

2. Identifikasi penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Jalan di RS X dilihat dari faktor rangkaian prosedur rawat jalan.

Beberapa ketentuan yang harus diperhatikan dalam verifikasi pelayanan kesehatan pada prosedur rawat jalan adalah episode rawat jalan. Menurut Permenkes No 26 Tahun 2021, episode adalah jangka waktu perawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap, termasuk konsultasi/pemeriksaan dokter dan/atau pemeriksaan penunjang maupun pemeriksaan lainnya. Untuk setiap episode hanya dapat dilakukan 1 (satu) kali klaim. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dan/atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan/atau tatalaksana yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Apabila pasien yang membawa hasil pada hari pelayanan yang berbeda yang dilanjutkan dengan konsultasi dan pemeriksaan penunjang lain sesuai indikasi medis, dianggap sebagai

episode baru (Peraturan Menteri Kesehatan No 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan).

Permasalahan yang terjadi di RS X pada rangkaian rawat jalan yang menyebabkan *pending* adalah ketika pasien datang untuk kontrol di hari yang telah dijadwalkan pasien datang ke rumah sakit untuk mendaftar di pendaftaran rawat jalan setelah itu pasien masuk ke poliklinik yang dituju, setelah itu pasien melakukan kontrol dengan dokter dan jika pasien diperintahkan untuk melakukan tindakan penunjang seperti *rontgen* pasien diminta untuk melakukan tindakan tersebut. Setelah itu hasil keluar dan dibacakan oleh dokter. Terkadang hasil bacaan hasil penunjang tersebut dibaca dan dianalisis oleh dokter dilakukan di hari berikutnya.

Setelah itu pasien datang di hari berikutnya dan mendaftar kembali ke pendaftaran rawat jalan, terkadang petugas poliklinik lupa memberi kode pada SEP sebelumnya, maka pendaftaran rawat jalan membuatkan SEP baru dan itu yang menyebabkan klaim menjadi dua kali pengajuan klaim padahal masih satu rangkaian satu episode rawat jalan, tetapi menjadi episode baru karena pembacaan hasil penunjang di hari berikutnya. Faktor penyebabnya adalah petugas poliklinik yang tidak memberi kode "R" pada SEP sebelumnya dan menyebabkan petugas pendaftaran rawat jalan membuatkan SEP baru. Menurut wawancara yang dilakukan mengatakan bahwa :

"...contohnya begini pasien datang nih dihari ini terus pasien disuruh melakukan penunjang contohnya rontgen, setelah rontgen hasilnya kan keluar, setelah itu kan hasil dibacakan oleh dokter tapi biasanya pembacaan hasilnya itu dibacain dihari kontrol selanjutnya, nah besoknya pasien datang lagi terus daftar ke pendaftaran depan, seharusnya pasien gausah daftar lagi, kalo daftar lagi otomatis petugas pendaftaran nyetakin SEP lagi, nah itu jadi rumah sakit ngeklaimnya dua, seharusnya petugas poliklinik nulis kode "R" di SEP sebelumnya, jadi petugas pendaftaran udah tau kalo itu pasien readmisi. Biasanya emang petugas poliklinik suka lupa ga nulisin kode "R" (Informan 2)

3. Identifikasi penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Jalan di RS X dilihat dari faktor konfirmasi koding diagnosis atau tindakan

Konfirmasi diagnosis atau tindakan di RS X ini biasanya adalah tindakan *echocardiography* dengan kasus diagnosis heart failure. Masa berlaku echocardiografi ini maksimal 1 tahun, jika sudah satu tahun maka pasien melakukan pemeriksaan ulang dan diminta untuk melakukan *echocardiography* baru untuk pengklaiman obat baru. Tindakan lain seperti *CT-Scan*, *endoscopy* juga termasuk. Untuk kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9 CM (dengan melihat ICD-10 dan ICD 9-CM) ketentuan koding mengikuti panduan koding yang terdapat dalam juknis INA-CBG's. Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi di rawat jalan dapat menggunakan kode "Z" sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder. Diagnosis Z (kontrol).

"...biasanya echo, echo pada kasus heart failure ee, itukan berlakunya maksimal satu tahun yah, maksimal satu tahun untuk pemeriksaan echo, nanti kalo udah satu tahun dia udah rutin berobat sudah satu setengah tahun dia nunggu konfirmasi lagi echonya udah diperiksa ulang apa belum, kadang mereka minta echo-nya yang terbaru kita diminta misale kita ada ya kita ambil kalo ngga ada ya paling di frame obatnya ya mas...iya tapi mereka memang nanya soal itu, kaya CT Scan juga nanya atau misalnya endoscopy misalnya, endoscopy misalnya kita top up nih mereka ragu dia sampe terakhir atau ngga mereka nanyain atau apayah..yaa rata rata itu sih yang paling bayak sih menurut kita yah yang lain sih kayaknya ngga, kaya lab kita jarang tuh dikonfirmasi lab tuh kita jarang" (Informan 1 & 2)

4. Identifikasi penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Jalan di RS X dilihat dari faktor konfirmasi pemberian dosis thalasemia

Thalassemia ialah penyakit kelainan bawaan (genetik) yang paling banyak ditemukan di dunia juga di Indonesia. Penyakit ini mengenai sel darah merah yang menyebabkan umur sel darah merah menjadi sangat pendek, sehingga penderita akan selalumemerlukan transfusi darah seumur hidup (Ulfa et al., 2019) (Ilmu & Sukabumi, 2022).

Pemberian obat *thalassemia* dosisnya tidak sesuai dengan formularium nasional (fornas) untuk pelayanan obat *thalassemia*. Obat untuk *thalassemia* disesuaikan berat badan apabila berat badan bertambah maka secara otomatis obatnya juga akan bertambah. Untuk kasus pemberian dosis thalasemia ini hanya konfirmasi saja, BPJS menyampling *pending* sebesar 30% dari total *pending*. Dari sampling tersebut terkadang klaim dosis thalasemia masuk ke dalam sampling bpjs tersebut. Pihak rumah sakit hanya mengkonfirmasi saja dan konfirmasi *pending* tersebut masih bisa disanggah oleh pihak rumah sakit.

Simpulan dan saran

Pending yang terjadi di RS X terjadi karena beberapa faktor yaitu rangkaian prosedur rawat jalan, rangkaian rawat jalan dan HD, konfirmasi koding diagnosis atau tindakan, konfirmasi pemberian dosis *thalassemia*, faktor- faktor tersebut yang menyebabkan *pending* klaim BPJS rawat jalan. Rangkaian prosedur rawat jalan adalah untuk setiap episode hanya dapat dilakukan 1 (satu) kali klaim. 1 (satu) episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dan/atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan/atau tatalaksana yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru. Hal ini yang menjadi masalah di RS X terkait episode rangkaian rawat jalan. Terkait Perencanaan di RS X tidak memiliki SPO yang tertulis berkaitan dengan penyelesaian permasalahan *pending* klaim rawat jalan, dan kebijakan terkait pelayanan hemodialisa. Saran yang perlu dilakukan yaitu perlu adanya pembuatan SPO *pending* rawat jalan tertulis terkait *pending* klaim BPJS agar dapat meminimalisir kejadian *pending* klaim, dilakukan pengawasan dan mengadakan evaluasi kerja petugas sebelum mengirimkan berkas klaim ke pihak BPJS Kesehatan, dan pemahaman tentang regulasi yang terkait oleh para petugas rs tersebut.

Daftar Pustaka

- Ardhitya T, P. A. K. S. K. M. (2015). Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015.
- Azrul Azwar. (1996). Pengantar Ilmu Administrasi Kesehatan.
- Destanul Aulia, S. F. A. N. H. N. (2017). Analisis Upaya Rumah Sakit dalam Menutupi Kekurangan Biaya Klaim Indonesia Case Base Group (INA-CBGs) Yang Dihitung dengan Metode Activities Base Costing pada Rumah Sakit Swasta Kelas C di Kota Medan Tahun 2017.
- Dewi Rina Cahyani. (2019, December). IDI Akui Readmisi di Rumah Sakit Sebabkan Klaim BPJS Bengkak.
- Fenti Wulandari. (2020). Faktor Faktor Penyebab Berkas Klaim BPJS Rawat Inap Yang Pending di Rumah Sakit Tahun 2020.
- Hendra Rohman, A. W. E. S. (2017). Analisis Penundaan Pembayaran Klaim Pada Sistem Vedika Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Nur Hidayah Yogyakarta.
- Ika Wijayanti, A., Sugiarsi, S., Sukoharjo, R., & Mitra Husada Karanganyar, A. (2013). Analisis Perbedaan Tarif Riil Dengan Tarif Paket INA-CBG Pada Pembayaran Klaim Jamkesmas Pasien Rawat Inap Di Rsud Kabupaten Sukoharjo.

- Ilmu, S. T., & Sukabumi, K. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Anak Penderita Thalasemia Di Rs Bhayangkara. In *Jurnal Kesehatan Indra Husada* (Vol. 10, Issue 2).
- Karma Maha Wirajaya, M., & Made Umi Kartika Dewi, N. (2019). Analisis Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dharma Kerti Tabanan.
- Kukuh Kurnia, E. (2022). Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit X Periode Triwulan I Tahun 2022 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta.
- Niat Sehati Halawa, M., APIKES Imelda, D., Bilal Nomor, J., & APIKES Imelda, A. (2018). ANALISIS PENYEBAB UNCLAIMED BERKAS BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM IMELDA PEKERJA INDONESIA (RSU IPI) MEDAN.
- NUR ALINA. (2021). Tinjauan Lama Waktu Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan Pasien Poliklinik.
- Oktamianiza, O., Reza, I. A., & Novita, D. (2022). Tinjauan Ketepatan Kode dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 5(1), 37–46.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. (2022).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. (2021).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. (2020).
- Purwanti, E., Novita, M., Asgiani, P., Tinggi, S., Kesehatan, I., & Yani, J. A. (n.d.). Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan Ketepatan Kode Berdasarkan Kelengkapan Diagnosis Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Puspaningsih, M., Suryawati, C., & Pawelas Arso, S. (2022). Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan dalam Menurunkan Klaim Pending. 7(6).
- Risky Joko Manaida, A. A. R. G. D. K. (2016). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih Gmim Manado.