

Tinjauan *Trend* Penyebab *Pending Claim* Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap di RSUD Ciamis

Review of Trends in Causes of Pending National Health Insurance Claims for Inpatient Care at Ciamis Regional Hospital

Salma Aulia Fahreza¹, Ari Sukawan²

^{1,2} Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Korespondensi email: email.salmaaulia@gmail.com

ABSTRAK

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan menyeluruh bagi rakyat. Pembiayaan kesehatan diperoleh melalui klaim kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang melibatkan proses pengajuan dan verifikasi klaim. Klaim yang tidak lengkap atau tidak memenuhi ketentuan dapat mengakibatkan *pending claim*, mempengaruhi *cash flow* dan layanan kesehatan. Penelitian ini mengeksplorasi *trend* penyebab *pending claim* di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis dalam konteks pelaksanaan JKN rawat inap. Dengan memahami penyebab dan *trend* ini, diharapkan dapat diidentifikasi solusi untuk meningkatkan efisiensi dan keberlanjutan program JKN. Jenis penelitian deskriptif. Subjek dalam penelitian ini yaitu tiga orang petugas rekam medis dan data *pending claim* JKN tahun 2023. Metode pengumpulan data melalui observasi dengan menggunakan lembar observasi, dan kalkulator untuk menghitung jumlah berkas *pending* berdasarkan aspek administrasi, aspek medis, dan aspek koding. Penyebab *pending claim* terjadi karena aspek administrasi, aspek medis, dan aspek koding. Di RSUD Ciamis kasus paling banyak adalah karena permasalahan koding yaitu kesalahan dalam pemberian kode penyakit dan tindakan. Komunikasi antar tim rutin terjalin untuk mencegah terjadinya kesalahan. Faktor penyebab *pending claim* adalah aspek administrasi, aspek medis, dan aspek koding. Kesalahan *pending* paling banyak adalah karena aspek koding.

Kata kunci: BPJS Kesehatan, Jaminan Kesehatan Nasional, *Pending Claim*

ABSTRACT

The National Health Insurance (JKN) program in Indonesia aims to provide certainty of comprehensive health insurance for the people. Health financing is obtained through claims to the Social Security Administering Agency (BPJS) Health, which involves the process of submitting and verifying claims. Incomplete claims or claims that do not meet the requirements can result in pending claims, affecting cash flow and health services. This study explores the trend of causes of pending claims at the Ciamis Regional General Hospital in the context of implementing inpatient JKN. By understanding these causes and trends, it is hoped that solutions can be identified to improve the efficiency and sustainability of the JKN program. Descriptive research type. The subjects in this study were three medical record officers and JKN pending claim data for 2023. The method of data collection was through observation using observation sheets, and a calculator to calculate the number of pending files based on administrative aspects, medical aspects, and coding aspects. The causes of pending claims occur due to administrative aspects, medical aspects, and coding aspects. At the Ciamis Regional Hospital, the most cases were due to coding problems, namely errors in coding diseases and actions. Routine communication between teams is established to prevent errors. Factors causing pending claims are administrative aspects, medical aspects, and coding aspects. The most pending errors are due to the coding aspect.

Keywords: BPJS Health, National Health Insurance, Pending Claim

Pendahuluan

Pemerintah Indonesia menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014, hal ini mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan JKN. (Permenkes, 2014) Dengan dilaksanakannya program JKN di rumah sakit, maka hanya rumah sakit yang akan memberikan pelayanan kesehatan perorangan, dimana rumah sakit akan memberikan layanan spesialis atau subspesialis. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan program JKN di rumah sakit memerlukan manajemen khusus. (Maulida & Djunawan, 2022)

Rumah sakit mengirimkan klaim BPJS, atau tagihan biaya pengobatan bagi masyarakat yang terdaftar di BPJS, ke BPJS Kesehatan setiap bulannya. Untuk mendapatkan penggantian biaya pengobatan sesuai tarif yang ditetapkan oleh Indonesia Case-Based Group (INA-CBG), fasilitas kesehatan rumah sakit harus mengisi formulir klaim BPJS dan menyerahkannya ke BPJS Kesehatan. (Latifah & Putri, 2021)

Tarif Indonesia-Case Based Groups yang disebut juga Tarif INA-CBG adalah besaran yang dibayarkan BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan lanjutan atas paket pelayanan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraannya. Program Asuransi Kesehatan. Tarif ini didasarkan pada kompilasi prosedur dan diagnosa penyakit, yang mencakup seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan untuk pelayanan, baik medis maupun non medis. (Permenkes No 3, 2023)

Untuk memastikan peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan harga terjangkau, maka klaim akan diperiksa oleh Verifikator BPJS Kesehatan. Ada dua macam proses verifikasi klaim: verifikasi layanan kesehatan dan verifikasi administrasi klaim. Kedua jenis verifikasi memiliki dampak terhadap status klaim yang diajukan, apakah akan diterima, ditunda, atau mengharuskan pembenahan oleh penyedia layanan kesehatan. Jika selama proses verifikasi terdapat kekurangan dokumen klaim, BPJS Kesehatan akan menunda prosesnya dan meminta sarana fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan perbaikan, yang kemudian dilampirkan dalam Berita Acara Pengembalian Klaim. Salah satu alasan umum penolakan atau *pending claim* adalah kesalahan dalam pengkodean dan billing. Kesalahan semacam itu dapat menyebabkan penahanan dana penggantian oleh BPJS hingga penyedia layanan kesehatan mengajukan klaim dengan benar. (BPJS Kesehatan, 2015)

Proses permohonan diawali dengan rumah sakit yang menyerahkan berkas klaim ke BPJS Kesehatan setiap bulannya. BPJS Kesehatan akan melakukan purifikasi dan verifikasi berkas klaim sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan menerbitkan berita acara berkas klaim dalam waktu 10 hari sejak diterimanya berkas klaim. Setelah melalui proses review klaim oleh BPJS Kesehatan, terdapat berkas klaim yang dinyatakan tidak lengkap sehingga mengakibatkan *pending claim*. (Semarajana & Soewondo, 2019)

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ciamis adalah rumah sakit dengan akreditasi paripurna yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan program JKN. Berdasarkan studi pendahuluan diketahui jumlah berkas yang diajukan klaim paling tinggi adalah bulan Oktober dengan jumlah berkas sebanyak 1.535, tetapi untuk jumlah *pending claim* paling banyak adalah bulan Mei dengan jumlah 242. Sedangkan jumlah berkas yang diajukan *claim* pada tahun 2023 sebanyak 15.202 berkas dan terdapat kasus pending sebanyak 2.038 berkas. Hal ini karena adanya persyaratan yang belum lengkap atau terdapat resume medis yang belum lengkap, kesalahan pengkodean atau koding yang tidak sesuai dengan resume medis, sehingga pihak verifikator BPJS harus terlebih dahulu mengembalikan berkas persyaratan klaim kepada petugas verifikator yang berada di rumah sakit atau dokter yang merawat pasien untuk memintakan kelengkapan pengisian dokumen persyaratan tersebut.

Kelengkapan pengisian berkas yang menyebabkan *pending claim* BPJS kesehatan masih menjadi masalah di RSUD Ciamis menyebabkan pembayaran *claim* dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit terlambat dan merugikan keuangan Rumah Sakit serta mengakibatkan keterlambatan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan di RSUD Ciamis.

Bagi rumah sakit, keterlambatan pembayaran akibat klaim menjadi piutang. Rumah Sakit yang mempunyai kendala dalam penanganan piutang BPJS Kesehatan akibat keterlambatan pembayaran menghambat pemberian pelayanan. rumah sakit akan mengalami kendala arus kas (Kediri & Tiyas, 2019)

Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Tinjauan Trend Penyebab *Pending Claim* Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap di RSUD Ciamis”.

Metode

Metode Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang bersifat menggambarkan yaitu mendeskripsikan atau memotret apa yang terjadi pada objek yang diteliti. Metode penelitian kuantitatif adalah sebagai metode ilmiah/ *scientific* karena telah memenuhi kaidah-kaidah ilmiah yaitu konkrit/ empiris, obyektif, terukur, rasional, dan sistematis, Data penelitian dari metode kuantitatif berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik. (Sugiyono, 2019)

Penelitian dilakukan di RSUD Ciamis pada bulan Februari-April 2024. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan observasi. Observasi pada penelitian ini dilakukan dengan pengamatan dan pencatatan data terkait jumlah berkas klaim dan jumlah *pending claim* JKN rawat inap berdasarkan aspek administrasi, aspek medis, dan aspek koding dari bulan Januari-Desember tahun 2023 menggunakan lembar observasi. Pengolahan data dilakukan dengan cara *collecting*, *editing*, *tabulating*, perhitungan, dan penyajian data.

Hasil

1. Data Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap Berdasarkan Aspek Administrasi



Gambar 1. Grafik Jumlah Pending Klaim Berdasarkan Aspek Administrasi Tahun 2023

Berdasarkan gambar diatas dapat diketahui bahwa penyebab pending klaim menurut aspek administrasi pada tahun 2023 sebanyak 193 berkas rekam medis. Kasus paling tinggi terjadi pada bulan Juni dengan jumlah pending sebanyak 36 berkas rekam medis sedangkan paling sedikit adalah bulan Juli dengan jumlah pending sebanyak 2 berkas rekam medis.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa penyebab pending klaim menurut aspek administrasi bisa terjadi karena beberapa hal, diantaranya :

- Perbedaan tanggal dalam berkas antara lama rawat dan Tindakan atau pemeriksaan penunjang yang dilakukan
- Kesalahan ruang perawatan
- Kesalahan kelas perawatan pasien antara berkas dan Surat Eligibilitas Pasien (SEP)
- Kesalahan tarif rill cost
- Kesalahan status akhir pasien

Aspek administrasi merupakan salah satu penyebab terjadinya pending klaim diantaranya yaitu tidak dilampirkannya SEP, ketidaksesuaian kelas perawatan, kesalahan ruang perawatan.

2. Data Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap Berdasarkan Aspek Medis



Gambar 2. Grafik Jumlah Pending Klaim Berdasarkan Aspek Medis Tahun 2023

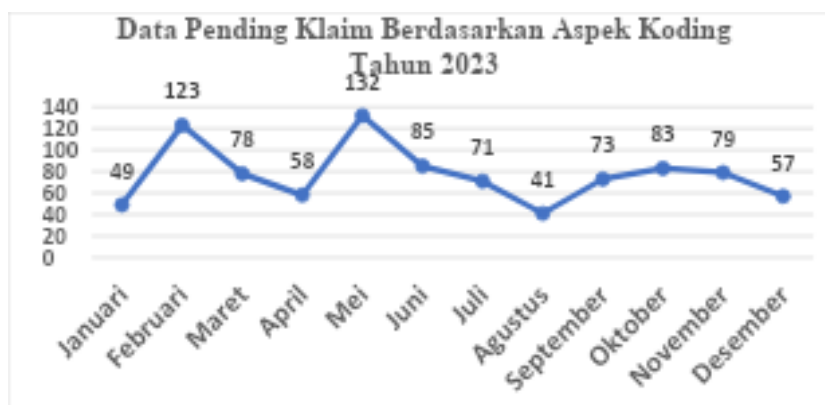
Berdasarkan gambar diatas dapat diketahui bahwa penyebab pending klaim menurut aspek medis pada tahun 2023 sebanyak 916 berkas rekam medis. Kasus paling tinggi terjadi pada bulan Maret dengan jumlah pending sebanyak 107 berkas rekam medis, sedangkan paling sedikit adalah bulan Juli dengan jumlah pending sebanyak 54 berkas rekam medis.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa penyebab pending klaim menurut aspek medis bisa terjadi karena beberapa hal, diantaranya :

- Tidak ada hasil penunjang atau Tindakan yang dilakukan
- Tidak ada tata laksana khusus
- Terdapat perbedaan penyebab pasien masuk rumah sakit
- Terdapat perbedaan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
- Terdapat Riwayat penyakit tetapi tidak ada tata laksana khusus
- Tidak ada surat keterangan dari dokter
- Tidak melampirkan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

Aspek medis merupakan salah satu penyebab pending klaim yang paling sering muncul, hal ini terjadi karena banyak ketidak sesuaian antara diagnosa yang diberikan dan Tindakan atau penunjang yang dilakukan. Penyebab lainnya juga terjadi karena ketidaksesuaian DPJP, kurang lengkapnya hasil penunjang.

3. Data Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap Berdasarkan Aspek Koding



Gambar 3. Grafik Jumlah Pending Klaim Berdasarkan Aspek Koding Tahun 2023

Berdasarkan gambar diatas dapat diketahui bahwa penyebab pending klaim menurut aspek koding pada tahun 2023 sebanyak 929 berkas rekam medis. Kasus paling tinggi terjadi pada bulan Mei dengan jumlah pending sebanyak 132 berkas rekam medis, sedangkan paling sedikit adalah bulan Agustus dengan jumlah pending sebanyak 41 berkas rekam medis.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa penyebab pending klaim menurut aspek koding bisa terjadi karena beberapa hal, diantaranya :

- a. Terdapat kode yang salah
- b. Pemberian kode yang tidak memenuhi
- c. Salah pemberian kode pada diagnose utama
- d. *Symptom and sign* seharusnya diode sebagai diagnose sekunder
- e. Pemberian kode yang tidak spesifik
- f. Kondisi akut yang seharusnya sebagai diagnose utama seperti dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021

Aspek koding merupakan salah satu penyebab pending klaim yang sering muncul, hal ini terjadi karena salah pemberian kode penyakit dan Tindakan, pemberian kode yang tidak memenuhi, dan kode yang tidak spesifik.

Pembahasan

1. Data Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap Berdasarkan Aspek Administrasi

Jumlah berkas yang diajukan kepada BPJS selalu mengalami pending klaim, salah satu penyebabnya adalah karena aspek administrasi. Hal ini terjadi karena persyaratan atau berkas yang diajukan tidak sesuai dengan persyaratan yang diajukan oleh BPJS, seperti perbedaan tanggal dalam berkas antara lama rawat dan Tindakan atau pemeriksaan penunjang yang dilakukan, kesalahan ruang perawatan, kesalahan kelas perawatan pasien antara berkas dan surat eligibilitas pasien (SEP), kesalahan tarif *rill cost*, kesalahan status akhir pasien.

Menurut (BPJS Kesehatan, 2015) mengacu pada pedoman praktis administrasi klaim BPJS Kesehatan Fasilitas Kesehatan yang menyatakan klaim diajukan setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lainnya, seperti rekapitulasi pelayanan yang mencantumkan nama pasien, nomor identifikasi, alamat, dan telepon. jumlahnya, serta diagnosis penyakitnya dan tindakan yang diambilnya. Tanggal masuk dan keluar dari pengobatan, Jumlah hari perawatan (jika di rumah sakit), Jumlah tagihan untuk setiap pasien Jumlah total tagihan.

Hal ini terdapat kesamaan dengan penelitian yang disampaikan oleh (Arlinda, 2021) penyebab pending terkait administrasi antara lain, konfirmasi billing dimana terkadang ada perbedaan antara keterangan di billing dengan tindakan yang diberikan sehingga perlu dilakukannya sinkronisasi ulang.

Penyebab Pending Klaim berdasarkan aspek administrasi di RSUD Ciamis paling banyak disebabkan kesalahan ruang perawatan. Hal ini terjadi pasien tidak mendapatkan ruang perawatan sesuai dengan hak kelas yang disebabkan oleh penuhnya ruang perawatan . Apabila dokter atau perawat tidak melampirkan surat keterangan perpindahan kelas perawatan maka dapat menyebabkan kesalahpahaman antara pihak BPJS dan rumah sakit.

Hal ini dijelaskan dalam (Surat Edaran Nomor HK.03.03/Menkes/518/2016, 2016) mengenai penyelesaian permasalahan kelas perawatan.

C. PERMASALAHAN ADMINISTRASI					
No	Diagnosis / Prosedur			Perihal	Kesepakatan
	Utama	Sekunder	Prosedur		
70	Thalasemia (D56.1)	Hemosiderosis		Penggunaan kode Hemosiderosis (E83.1) menyebabkan peningkatan biaya klaim	Klaim rawat jalan Thalasemia Mayor dengan diag (E83.1) yang mendapatkan top up obat kelas bes inap (sesuai PMK No. 59/2014) dengan tidak diinj sekundernya ke dalam software INA-CBG.
71	Kelas rawat			Peserta yang dirawat inap di ruangan IGD atau ruang non kelas seperti ruang observasi/peralihan/ruangan kemoterapi, klaim ditagihkan sesuai hak kelas peserta (kelas 1-3)	Kelas klaim dibayarkan setara dengan kelas 3
72				Beberapa prosedur yang diberikan dalam pelayanan diinputkan ke dalam software INA-CBG menyebabkan perubahan grouping dan tarif menjadi turun, maka prosedur-prosedur yang menurunkan tarif tidak diinput hanya untuk kasus persalinan	Beberapa prosedur yang diberikan dalam pelayar software INA-CBG menyebabkan perubahan gros maka prosedur-prosedur yang menurunkan tarif ti

Gambar 4. Contoh Penyelesaian Masalah Pending Klaim Dalam Surat Edaran Nomor HK.03.03/MENKES/518/2016

2. Data Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap Berdasarkan Aspek Medis

Aspek medis merupakan salah satu penyebab pending klaim paling banyak, hal ini bisa terjadi karena tidak ada hasil penunjang atau tindakan yang dilakukan, tidak ada tata laksana khusus, terdapat perbedaan penyebab pasien masuk rumah sakit, terdapat perbedaan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), terdapat Riwayat penyakit tetapi tidak ada tata laksana khusus, tidak ada surat keterangan dari dokter. tidak melampirkan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). Hal tersebut dapat mempengaruhi biaya dan kode yang diajukan kepada pihak BPJS.

Penelitian (Noviatri, 2016) besaran biaya yang dikeluarkan dapat berubah jika dokumen pendukung tidak lengkap. Resume kesehatan masih belum lengkap atau dikembalikan melebihi batas waktu kriteria yang tidak tepat sehingga menyebabkan pengajuan klaim BPJS tertunda harus menunggu dokter melengkapinya.

Pernyataan (Hatta, 2016) Kelengkapan informasi medis mengenai riwayat kesehatan pasien, termasuk pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya, sejak awal perawatan hingga keluar dari rumah sakit, merupakan pertimbangan penting bagi petugas perekam medis guna menjaga mutu dokumen rekam medis.

Sejalan dengan penelitian (Sitorus et al., 2023) menyebutkan Salah yang menyebabkan pengkodean tidak lengkap adalah tidak memadainya hasil tes diagnostik; dalam hal ini, dokter yang bertugas menegakkan diagnosis hanya mendasarkan pada riwayat pasien dan temuan pemeriksaan fisik tanpa tersedianya hasil tes diagnostik tambahan yang dapat menguatkan diagnosis.

Penyebab pending klaim berdasarkan aspek medis bisa terjadi karena kesalahan pemberian diagnosis. Hal ini terjadi karena diagnosis yang diberikan tidak sesuai dengan aturan yang diberikan untuk memberikan diagnosis tersebut.

Hal ini dijelaskan dalam (Surat Edaran Nomor HK.03.03/Menkes/518/2016, 2016) mengenai penyelesaian permasalahan pemberian diagnosis.

Diagnosis / Prosedur		Perihal	Kesepakatan
Sekunder	Prosedur		
Syok Kardiogenik (R57)		Penggunaan Syok kardiogenik sebagai diagnosis sekunder terutama pada pasien jantung yang meninggal	Kondisi Syok Kardiogenik dapat menjadi diagnosis sekunder terutama pada pasien penyakit jantung dengan bukti tertulisnya kriteria klinis dalam rekam medis berupa : 1. Penurunan Tekanan Darah a. TD < 90 mmHg tanpa inotropik, atau b. TD < 80 mmHg dengan inotropik 2. Penurunan Ejection Fraction (EF < 50%)
		Dampak: peningkatan severity level menjadi III	

Gambar 5. Contoh Penyelesaian Masalah Pending Klaim Dalam Surat Edaran Nomor HK.03.03/MENKES/518/2016

3. Data Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap Berdasarkan Aspek Koding

Koding merupakan penyebab dari terjadinya pending klaim, hal ini disebabkan karena kesalahan pemberian kode penyakit atau Tindakan, kurang spesifik dalam pemberian kode, atau kode yang tidak sesuai dengan berita acara yang dikeluarkan oleh BPJS terkait kesepakatan pemberian kode penyakit dan tindakan juga *Rule* MB yang diberikan pihak BPJS. Apabila terjadi salah kode maka itu berdampak pada jumlah biaya pelayanan yang diajukan, hal tersebut dapat merugikan pihak rumah sakit.

Berdasarkan (Permenkes No 26, 2021) Mengenai Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di Indonesia: Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs): Resume medis memuat data diagnosis dan tindakan/prosedur, dapat dilihat pada berkas rekam medis. Sumber data ini untuk pengkodean INA-CBGs. Hasil ikan kerapu pada penerapan INA-CBG's sangat dipengaruhi oleh kebenaran kode diagnostik dan tindakan/prosedur.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Maulida & Djunawan, 2022) yaitu Apabila diagnosis menggunakan ICD-10 atau ICD-9 CM dan pengkodean INA-CBG tidak sama, hal ini disebut pengkodean yang tidak akurat. Variabel yang digunakan dalam perhitungan biaya rumah sakit adalah kode diagnostik. Kode penyakit dan tindakan coder yang salah dapat dimanfaatkan oleh validator BPJS sebagai alat untuk mengumpulkan bukti klaim yang ditagih.

Menurut Peraturan (BPJS Kesehatan Nomor 07, 2018) tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan menyatakan segala pengobatan, prosedur, dan tindakan lain yang diberikan kepada pasien harus terdokumentasi secara lengkap dalam berkas klaim BPJS Kesehatan. Ketika melakukan klaim sesuai dengan tarif INA-CBG, elemen kualitas pengkodean untuk mengetahui biaya dan efisiensi proses. Jika salah satu elemen di atas bermasalah atau tidak dikelola dengan baik, proses klaim akan tertunda, yang pada akhirnya akan mengakibatkan pending klaim.

Penyebab pending klaim berdasarkan aspek koding bisa terjadi karena kesalahan pemberian kode penyakit atau tindakan. Hal ini bisa terjadi karena koder tidak menerapkan *Rule MB* atau konfirmasi ulang kepada dokter dalam menentukan kode untuk diagnosis utama ataupun sekunder.

Hal ini dijelaskan dalam (Surat Edaran Nomor HK.03.03/Menkes/518/2016, 2016) mengenai penyelesaian permasalahan pemberian kode.

KODING		Perihal	Kesepakatan
Diagnosis / Prosedur			
Sekunder	Prosedur		
Candidiasis (B37)		Pada kasus-kasus HIV ditambahkan kode candidiasis (B.37)	Pada kasus HIV tidak dapat dikoding sendiri-sendiri/terpisah tetapi dikoding dengan kode kombinasi, jadi seharusnya B20.4 dan B.37 tidak dikoding
		1. Koding Hipertensi disertai dengan kode CHF 2. Koding Hipertensi disertai kode RF Dampak: Peningkatan severity level	Diagnosis hipertensi dan gagal jantung atau dan gagal ginjal hanya dapat dikoding dengan satu koding kombinasi tanpa mengentri gagal jantung/gagal ginjalnya (Permenkes no. 27 Tahun 2014)
		Penagihan Top Up obat kelasi/ Thalasemia (Deferipron dan Deferoxamin) dalam sebulan lebih dari 1x	Top up klaim obat kelasi (pada klaim rawat inap) hanya dapat dikoding 1x sebulan (sesuai Permenkes No.59 tahun 2014)
Hiperglikemia (R73.9)		Hiperglikemia dicoding terpisah dengan diagnosis utama seperti DM (E10-E14) Dampak : secara nilai klaim tidak ada, kecuali dibalik menjadi diagnosis utama	Hiperglikemi (R73.9) tidak dapat menjadi diagnosa utama jika ada diagnosa lain yang lebih spesifik

Gambar 6. Contoh Penyelesaian Masalah Pending Klaim Dalam Surat Edaran Nomor HK.03.03/MENKES/518/2016

Simpulan dan Saran

1. Simpulan

- Faktor penyebab pending klaim berdasarkan aspek administrasi merupakan salah satu aspek yang sering muncul, dalam tahun 2023 jumlah berkas pending yang diakibatkan oleh aspek administrasi berjumlah 193 berkas rekam medis. Hal ini terjadi karena tidak adanya SEP, terdapat perbedaan tanggal masuk, perbedaan billing dan perawatan yang diberikan, kesalahan kelas perawatan.
- Faktor penyebab pending klaim berdasarkan aspek medis masih menjadi salah satu penyebab pending klaim, dalam tahun 2023 jumlah berkas pending klaim sebanyak 916 berkas rekam medis. Hal ini terjadi karena kurang lengkap nya persyaratan pengajuan klaim seperti hasil pemeriksaan penunjang, DPJP yang tidak sesuai, terdapat perbedaan antara hasil pemeriksaan dan diagnosis yang diberikan.
- Faktor penyebab pending klaim berdasarkan aspek koding merupakan penyebab tertinggi pending klaim di RSUD Ciamis. Jumlah pending pada tahun 2023 adalah 929 berkas rekam medis. Hal ini terjadi karena masih banyak kode yang belum tepat, kode yang tidak spesifik, serta terdapat perbedaan antara kode dan hasil medis.
- Penyebab pending klaim terjadi karena tiga aspek yaitu aspek administrasi dengan kasus terbanyak karena kesalahan ruang perawatan, aspek medis karena tidak adanya bukti

penunjang, dan aspek koding karena syarat pemberian kode yang tidak memenuhi. Pending klaim dapat mengakibatkan aliran dana Rumah Sakit terganggu karena pembayaran yang seharusnya terkirim tidak sesuai seharusnya.

2. Saran

- a. Rumah Sakit mengadakan pelatihan koding dan penggunaan *Rule MB* kepada koder. Dengan demikian, diharapkan kompetensi koder dalam melakukan kodifikasi penyakit dan prosedur medis juga dalam menggunakan *Rule MB* dapat meningkat.
- b. Rumah sakit diharapkan dapat melakukan diskusi bersama pihak BPJS kesehatan terkait dengan koding diagnosa yang banyak mengalami pending agar dapat ditemukan solusi permasalahannya.
- c. Sebaiknya rumah sakit membuat perhitungan *trend* berdasarkan masing-masing aspek untuk melihat kecenderungan naik atau turunnya nilai aspek untuk menggambarkan kualitas pelayanan di rumah sakit, dapat mengetahui penyebab tertinggi pending klaim sehingga bisa dilakukan upaya untuk meminimalisir terjadinya pending klaim, dan dapat melakukan upaya perencanaan serta evaluasi mutu pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

- Arlinda, Z. (2021). Tinjauan Faktor- Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Pasien Rawat Jalan Di RS Pantiwilasa “ Dr . Cipto ” Semarang Triwulan I Tahun 2020. *Journal of Blood Health Technology*, 1(1).
- BPJS Kesehatan. (2015). Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*, 1–26.
- BPJS Kesehatan Nomor 07. (2018). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. 1712.
- Hatta, G. (2016). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. *UI Press*.
- Kediri, R. K., & Tiyas, A. W. (2019). Analisis Pengelolaan Dana Piutang BPJS. *Universitas Brawijaya*, 1–19.
- Latifah, M., & Putri, A. S. (2021). Trend Pending Claim Rawat Jalan Bpjs Kesehatan Rs. Panti Wilasa Dr. Cipto Semarang. *Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan*, 1(1), 1–18.
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Noviatri, L. W. (2016). *Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho Lentu*. 1(1), 22–26.
- Permenkes. (2014). Pedoman Penyelenggaraan JKN. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 17(3), 1–26.
- Permenkes No 26, T. 2021. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. *Handbook*, 1–56.
- Permenkes No 3, T. 2023. (2023). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. *Menteri Kesehatan RI*, 1–721.
- Semarajana, I. N. G., & Soewondo, P. (2019). Proceedings of International Conference on Applied Science and Health Icash-A102 Factors Related To Pending Claim In Indonesian National Health Insurance (Jkn): A Systematic Review Proceedings of International Conference on Applied Science and Health. *ICASH*, 4, 768–780.
- Sitorus, M. S., Simanjuntak, E., Erlindai, E., Hutasoit, T., & Lumbantoruan, P. M. A. (2023). Hubungan Ketidaktepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Dengan Pending Klaim Ina-Cbg's Di Rsud Sultan Sulaiman Serdang Bedagai. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4(4), 6038–6050.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D* (Kedua). Alfabeta.
- Surat Edaran Nomor HK.03.03/Menkes/518/2016, T. 2016. (2016). *Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG's Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*. 9(2), 10.