

Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi

Muthia Khanza Errisyah¹, Mutiara Rezaqqa Purba², Siti Khofipah³, Fitriani Pramita Gurning⁴,

Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
muthiakhanzaerrisyah@gmail.com

ABSTRAK

Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Dalam pelaksanaannya penggunaan BPJS Kesehatan akan dilakukan pengklaiman dilakukan setelah pasien selesai melakukan perawatan, dalam proses pengajuan klaim yang diajukan dari Rumah Sakit kepada pihak BPJS Kesehatan dengan beberapa tahapan verifikasi kelengkapan berkas baik secara administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan maupun verifikasi pelayanan kesehatan. Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang dipending dapat menyebabkan pembayaran pada fasilitas kesehatan tidak sesuai dengan biaya yang diajukan, hal ini dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit yang melakukan kerja sama dengan BPJS menjadi rugi, terutama pada rumah sakit pemerintah hal ini terjadi karena ketidaksesuaian pembiayaan dengan jumlah klaim yang diajarkan. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan mengambil 5 narasumber yang berasal dari petugas di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi. Hasil penelitian menunjukkan Pengembalian berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Kota Tebing Tinggi terjadi karena ketidaksesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis, kesalahan petugas dalam proses penginputan, selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan.

Kata kunci : *BPJS Kesehatan, Pending Klaim , Rumah sakit*

ABSTRACT

BPJS claims are submissions for treatment costs for BPJS participating patients by hospitals to BPJS Health, carried out collectively and billed to BPJS Health every month. In implementing the use of BPJS Health, claims will be made after the patient has completed treatment, in the process of submitting a claim from the Hospital to BPJS Health with several stages of verifying the completeness of the files both in terms of membership and service administration. verification of administration and health services. Delays in claims from the Social Security Administering Agency (BPJS) can cause payments to health facilities not to match the costs submitted, this can cause losses for hospitals that collaborate with BPJS, especially government hospitals, this occurs due to a mismatch in funding with the amount. claims taught. This research used a qualitative method by taking 5 sources from officers at Hospital X Kota Tebing Tinggi. The research results showed that the return of BPJS Health inpatient claim files at Tebing Tinggi City Hospital occurred due to incorrect or incomplete filling in of medical record files, staff errors in the input process, and differences in understanding regarding completeness. from the claim file between the parties. Internal verification of the hospital with the BPJS Health verifier.

Keywords : *BPJS Health, Pending claim, Hospital*

1. PENDAHULUAN

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan sistem (Indonesian-Case Based Groups) INA-CBGs. Dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita. Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS Kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan lebih dahulu diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS yang bertujuan menguji kebenaran administrasi untuk dipertanggung jawabkan untuk menjaga mutu pelayanan dan efisien biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan (PERMENKES, 2014).

Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang dipending dapat menyebabkan pembayaran pada fasilitas kesehatan tidak sesuai dengan biaya yang diajukan, hal ini dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit yang melakukan kerja sama dengan BPJS menjadi rugi, terutama pada rumah sakit pemerintah hal ini terjadi karena ketidaksesuaian pembiayaan dengan jumlah klaim yang diajarkan (Muroli, C. J., Rahardjo, T.B.W., & Kodyat, 2020).

Dalam pelaksanaannya penggunaan BPJS Kesehatan akan dilakukan pengklaiman dilakukan setelah pasien selesai melakukan perawatan, dalam proses pengajuan klaim yang diajukan dari Rumah Sakit kepada pihak BPJS Kesehatan dengan beberapa tahapan verifikasi kelengkapan berkas baik secara administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan maupun verifikasi pelayanan kesehatan.

Pentingnya kelengkapan pada dokumen ketika akan melakukan klaim BPJS yang terdapat di rumah sakit dengan meliputi rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis yang ditulis oleh dokter, keterangan diagnosis baik diagnosis awal saat masuk serta diagnosis akhir saat pasien keluar yang ditentukan oleh dokter yang bertanggung jawab, serta bukti kelengkapan lain yang harus dipenuhi (Oktamianiza, O., Reza, I. A., & Novita, 2022).

Kelengkapan ini wajib dilengkapi oleh pihak rumah sakit sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk memperoleh pergantian pembiayaan pasien selama dirawat yang sesuai dengan tarif Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's) (Valentina, & Halawa, 2018). Cepat atau lambatnya pencairan klaim yang diajukan oleh rumah sakit akan dipengaruhi oleh beberapa factor yang salah satunya adalah kelengkapan dari dokumentasi pasien selama dirawat. Terdapat beberapa factor yang menyebabkan klaim dikembalikan yang diajukan rumah sakit dikembalikan seperti koding, kelengkapan berkas sehingga sulit untuk dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan, sehingga menyebabkan klaim yang diajukan tertunda (BPJS Kesehatan, 2014).

Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Untuk mendapatkan biaya ini, pihak rumah sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim. Kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan. Kelengkapan dokumen klaim JKN dapat dipengaruhi oleh kelengkapan persyaratan yang berasal dari peserta (seperti fotokopi KTP, fotokopi kartu BPJS) atau dari asuhan medis (seperti resume pasien, laporan penunjang, laporan individu pasien) (Megawati, 2016).

Menurut Permenkes Nomor 28 tahun 2014, kelengkapan berkas pada pasien rawat inap meliputi kelengkapan informasi rekam medis yang harus dilengkapi serta ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab. Pelayanan

kesehatan yang tidak sesuai seringkali disebabkan karena ketidak sesuaian antar lembar klaim dan resume medis seperti kode diagnosis dan Tindakan tidak sesuai dengan ICD-10 dan ICD 9 CM.

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti menemukan masalah di bagian administrasi BPJS terkait pengajuan berkas klaim asuransi BPJS Kesehatan. 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 klaim BPJS kesehatan masih menjadi masalah di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi menyebabkan pembayaran klaim 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 Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi oleh karena itu penyebab klaim tidak dapat diproses perlu dianalisis, diidentifikasi, dan diperbaiki sehingga peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian kualitatif, supaya dapat menggali lebih dalam mengenai penyebab terjadinya pending klaim di Rumah Sakit ini. Populasi dan sampel diambil dari tenaga medis yang bertugas di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi. Kajian ini dibuat dengan menggunakan instrumen penelitian berupa wawancara pada 5 petugas di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi. Wawancara kami lakukan pada 1 Juni 2024 dengan menerapkan etika penelitian seperti perencanaan, pelaksanaan dan pelaporan hasil penelitian.

3. HASIL

Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam kepada para informan didapatkan bahwa para informan mengerti proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS pelayanan rawat Inap, dan juga didapati bahwa prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi berjalan sesuai Standar Operasional Prosedur yang ada. Seluruh informan mengetahui alur prosedur proses administrasi klaim BPJS, yakni dimulai dari tempat pendaftaran, lanjut ke dokter penanggung jawab pasien rekapitulasi rekam medik dilanjutkan proses billing, selanjutnya diperiksa oleh verifikator, lalu di input oleh petugas koding, dan terakhir proses scanning untuk dikirim ke pihak BPJS.

Permenkes No. 28 tahun 2014 menyebutkan bahwa prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut diawali dengan pelayanan administrasi, peserta melakukan pendaftaran dibagian pendaftaran, selanjutnya mendapatkan SEP untuk mendapatkan pelayanan. Peserta BPJS dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis. Setelah proses pelayanan administrasi, selanjutnya dari proses pengajuan klaim di fasilitas kesehatan berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS (2014) yaitu rekapitulasi pelayanan dan proses akhir adalah pemberian kode serta entri data melalui aplikasi INA-CBGs menurut Permenkes No. 27 tahun 2014 tentang sistem INA-CBGs. Sehingga fasilitas kesehatan nantinya menghasilkan berkas dan data klaim dalam bentuk txt berdasarkan Juknis verifikasi klaim.

Sejalan dengan penelitian Megawati (2016) Pasien datang kerumah sakit dengan membawa persyaratan yang dibutuhkan lalu diserahkan kepada petugas verifikator kelengkapan awal. Jika telah lengkap, petugas akan mencetak surat eligibilitas. Petugas kassa mencetak karcis piutang. Lalu pasien dapat diperiksa oleh dokter. Dokter memutuskan apakah pasien bisa pulang atau harus mendapatkan rawat inap. Lalu pasien akan diarahkan ke bagian farmasi untuk mendapatkan obat. Petugas farmasi menyerahkan daftar obat yang digunakan

pasien kepada petugas kassa. petugas kassa mengolahnya sehingga menjadi nota piutang. Lalu diserahkan kepada petugas koding untuk digrouping dan menghasilkan file txt. File txt diserahkan kepada verifikator BPJS.

Hasil dari penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam didapatkan bahwa penyebab tersering dari Pengembalian berkas klaim adalah ketidak lengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi yaitu, tidak sesuai atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidak sesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Terdapat juga kendala dalam pelaksanaannya masih terdapat berkas yang terlambat pengembaliannya sehingga memperlambat proses pengajuan klaim BPJS karena harus menunggu dan juga menyebabkan ketidak telitian petugas sehingga terjadi kesalahan dalam proses pengkodean dan pengentian data karena berkas yang menumpuk. Selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak rumah sakit dengan pihak verivikator BPJS Kesehatan juga mempengaruhi pending klaim.

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan menurut petunjuk teknis verifikasi klaim memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan. Ketidak sesuaian administrasi kepesertaan yaitu pada data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung dan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim karena sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014 apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.

Menurut BPJS (2014) tentang petunjuk teknis verifikasi klaim program Jaminan Kesehatan Nasional masyarakat, bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat eligibilitas peserta (SEP) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar

INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung : (1) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, (2) Resep alat kesehatan, (3) Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll). Berdasarkan Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat. Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim.

Hasil penelitian ini dijumpai sejalan dengan penelitian Irmawati dkk (2018), dijumpai Ketidak lengkapan lembar formulir-formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai.

4. PEMBAHASAN

Pada penelitian Muroli (2019) menyebutkan Masalah yang dihadapi para petugas pelaksana di IPPJ, yakni koder dan verifikator, adalah pengisian resume medis yang belum dibuat/ tidak lengkap diisi dokter DPJP, istilah baru yang belum familiar dan memerlukan konfirmasi DPJP untuk persamaan persepsi, koordinasi dengan DPJP sulit dan berkas klaim yang tidak lengkap.

Hasil penelitian Sophia (2017), keterlambatan pengajuan klaim tersebut karena belum ada kesepakatan atau persamaan persepsi antara BPJS Center Rumah Sakit, sehingga masih diperlukan dukungan surat berupa surat edaran dari BPJS Center terhadap kasus-kasus baru. Dokumen pengajuan klaim terhadap kasus-kasus baru di Rumah Sakit diperlukan persamaan persepsi yang dimulai dari verifikator BPJS Center, verifikator Rumah Sakit, dilanjutkan kepada BPJS Center

dan Rumah Sakit untuk mendapatkan rekomendasi pengajuan klaim kasus baru.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan hasil bahwa, dampak dari ketidaklengkapan berkas klaim BPJS adalah terjadinya pending klaim, pending klaim sendiri berdampak pada keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Kemudian juga aliran dana kas Rumah Sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terkirim tidak sesuai seharusnya. Dalam mengajukan berkas klaim, apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Permasalahan proses klaim juga dapat mempengaruhi kegiatan operasional rumah sakit sebagai akibat dapat tidak tercukupinya data yang diperlukan. Penundaan pembayaran klaim memberatkan pihak RS yang membutuhkan dana untuk operasional dan kompensasi pegawai setiap bulan. Keterlambatan pembayaran oleh BPJS minimal 2 bulan setelah pengajuan klaim oleh pihak RS sangat mengganggu yang berdampak pada kualitas pelayanan.

Pada penelitian Aditama (2019) dampak dari ketidaklengkapan berkas klaim BPJS adalah terjadinya pending klaim, pending klaim berdampak terhadap pelayanan rumah sakit kepada pasien, khususnya terkait masalah ketersediaan stock obat-obatan. Pending klaim BPJS menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim sehingga proses pembayaran obat-obatan oleh rumah sakit kepada pihak penyedia obat formularium nasional (FORNAS) juga dapat terganggu. Masalah ini juga berdampak terhadap peningkatan beban kerja BPJS itu sendiri dikarenakan BPJS akan melakukan pengecekan ulang berkas klaim pending yang diajukan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan upaya yang dilakukan Rumah Sakit terkait masalah pengembalian berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan, Rumah Sakit senantiasa melakukan evaluasi untuk mengurangi kejadian ketidaklengkapan berkas klaim, dimulai dari selalu mengkomunikasikan segala masalah

yang ada serta berkoordinasi dari setiap bagian yang berhubungan serta meningkatkan kinerja masing-masing bagian, mengikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan.

Pelaksanaan klaim yang tepat terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit di era JKN sangatlah penting. Sangat diperlukan sebuah pengelolaan yang baik dari setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik. Berdasarkan pendapat tersebut sebenarnya kegiatan di dalam Rumah Sakit memerlukan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Salah satunya manajemen dibutuhkan dalam mengatur semua kegiatan untuk proses era BPJS Kesehatan.

Kegiatan perencanaan meliputi membuat SOP khusus dalam pengisian berkas persyaratan klaim BPJS dan peraturan seperti job description yang lebih jelas dan dibuat lebih terstruktur, selanjutnya mensosialisasikan SOP atau peraturan lainnya tersebut kesemua petugas yang menangani berkas persyaratan klaim BPJS (verifikator BPJS rumah sakit, tim dokter, tim perawat dan tim koder BPJS/rekam medis). Mengadakan rapat yang rutin minimal seminggu sekali untuk setiap petugas yang menangani berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan.

Selanjutnya menetapkan sasaran siapa saja organisasi yang bertanggung jawab dalam mengemban tugas mengenai pengisian berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan. Sasaran tersebut merupakan tim pengendali yaitu tim perawat, tim dokter, Koder atau rekam medis, beserta verifikator BPJS rumah sakit yang memiliki keahlian masing-masing sesuai tugasnya. Melakukan identifikasi sumber daya dalam proses pengelolaan berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap seperti komputer yang terintegrasi untuk memudahkan proses INA CBG's, lembaran berkas persyaratan klaim BPJS, hasil penunjang lainnya.

Pada penelitian Alfiansyah (2019), menyebutkan kegiatan di dalam Rumah Sakit

memerlukan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Salah satunya manajemen dibutuhkan dalam mengatur semua kegiatan untuk proses era BPJS Kesehatan. Penanganan pending klaim dapat dilakukan dengan melakukan optimalisasi kegiatan manajemen yang ada. Asumsinya, dengan berkas klaim yang lengkap tidak terjadi pengembalian.

Petugas membentuk tim BPJS merupakan upaya yang dilakukan petugas dalam mengatasi Penyebab Keterlambatan pada faktor metode yang terdiri dari penanggung jawab BPJS, koder, dan pihak manajemen untuk melakukan sosialisasi dan evaluasi terkait peraturan dari pihak BPJS. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's yaitu membentuk tim case mix / tim INACBG's sakit akan menjadi penggerak membantu melakukan sosialisasi, monitoring, dan evaluasi implementasi INA-CBG's di rumah sakit.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi didapatkan bahwa para informan mengerti proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS pelayanan rawat inap, dan juga didapati bahwa prosedur administrasi klaim BPJS pada pelayanan rawat inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi berjalan sesuai Standar Operasional Prosedur yang ada.

Pending klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi terjadi karena ketidak sesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidak sesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan juga mempengaruhi pending klaim. Permasalahan Pending klaim pasien rawat inap BPJS yang terjadi di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi menyebabkan keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Kemudian juga aliran dana kas Rumah Sakit juga terganggu

karena pembayaran yang seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya.

Upaya yang dilakukan Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi terkait masalah Pending klaim BPJS Kesehatan, Rumah Sakit senantiasa melakukan evaluasi untuk mengurangi kejadian pengembalian berkas klaim, dimulai dari selalu berkomunikasi tentang segala permasalahan yang ada serta berkoordinasi dari setiap bagian yang berhubungan serta meningkatkan kinerja masing-masing bagian, mengikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan.

6. REFERENSI

- Ardhitya T, Perry A, Kg S, Kes M, Universitas A, Semarang DN, et al. Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim Bpjs Oleh Verifikator Bpjs Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. Literature. 1994.
- BPJS Kesehatan. (2014). Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, ed.). Jakarta.
- Megawati L, Pratiwi RD. Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. J Kesehat Vokasional. 2016.
- Muroli, C.J., Rahardjo, T.B. W., & Kodyat,A.G. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RS AB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019. Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI),4(2),191–197.
- Oktamianiza, O., Reza, I. A., & Novita, D. (2022). Tinjauan Ketepatan Kodedengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan. Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan, 5(1),37–46.
- PERMENKES RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. 2014.

- Presiden RI. UU RI No 36 Tentang Kesehatan. UU RI No 36 2009. 2009.
- Santiasih, W. A., Simanjaning, A., & Satria, B. (2022). Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1381-1394.
- Simbolon, F., & Gani, A. (2023). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA PENDING KLAIM RAWAT INAP. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 14(1), 72-78.
- Valentina, & Halawa, M.N.S. (2018). Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSUIPI) Medan. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 3(2), 480-485.
- Irmawati D. Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *J Rekam Medis dan Inf Kesehat*. 2018;Vol. 1 No.:45-51.
- Muroli CJ, Rahardjo TBW, Kodyat AG. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019. 2020;4(2):191-7. 39.
- Sophia, Darmawan ES. Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pada Rumkital Dr. Mintohardjo, DKI Jakarta. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 2017;20(3):83-8.