

## ANALISIS FAKTOR PENYEBAB *PENDING CLAIM* RAWAT INAP PASIEN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI RUMAH SAKIT UMUM PADANG

Melia Rahmadewi Murni<sup>1</sup>, Syukri Lukman<sup>2</sup>, Mendhel Yanthi<sup>1</sup>, Ikhsan Yusda Prima Putra<sup>3</sup>, Rima Semiarty<sup>4</sup>

Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas, West Sumatera, Indonesia<sup>1,3,4</sup>, Fakultas Ekonomi, Universitas Andalas, West Sumatera, Indonesia<sup>2</sup>, Program Studi Teknologi Informasi, Politeknik Negeri Padang, West Sumatera, Indonesia<sup>3</sup>

\*Corresponding Author : meliarahmadewimurni@gmail.com

### ABSTRAK

RSUP Dr. M Djamil merupakan RS tipe A sebagai faskes rujukan tingkat lanjut di wilayah Sumatera Barat, yang mengakibatkan jumlah klaim rawat inap per bulannya lebih tinggi dibandingkan RS lain di daerah tersebut. Berdasarkan studi dokumentasi yang dilakukan pada periode Bulan Januari hingga Juni 2022 di bagian Keuangan RSUP Dr. M. Djamil Padang, terlihat bahwa persentase pending berkas klaim cenderung meningkat dalam enam bulan terakhir. Penelitian ini bertujuan Mengeksplorasi faktor yang menyebabkan pending claim JKN rawat inap di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan mengumpulkan data melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Analisis data dilakukan melalui tahapan triangulasi sumber dan metode. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengisian resume medis yang tidak lengkap disebabkan oleh kesibukan DPJP, dan terkadang diisi oleh residen tanpa supervisi dari DPJP. Selain itu, ketidaksesuaian kode diagnosis dan prosedur terjadi karena koder dalam proses kodifikasi menggunakan ICD10 Volume 3 yang tidak merujuk ke volume 1, dan proses kodifikasi didasarkan pada hafalan. Selain itu, ketidaklengkapan berkas administrasi klaim disebabkan oleh proses pengumpulan dan scanning berkas, pemberkasan yang masih dilakukan secara manual, serta ketidaktepatan verifikator dan perbedaan persepsi antara verifikator internal dan verifikator BPJS. Diharapkan manajemen Rumah Sakit melakukan pemantauan dan evaluasi berkala terhadap berkas klaim yang tertunda untuk mencegah terjadinya kesalahan berulang.

**Kata kunci :** Berkas klaim, JKN, BPJS, Pending claim, Rumah Sakit

### ABSTRACT

*Dr. M Djamil Central General Hospital (RSUP) is a Type A hospital serving as an advanced referral healthcare facility in the West Sumatra region, which results in a higher monthly count of inpatient claim submissions compared to other hospitals in the area. Based on a documentation study conducted from January to June 2022 in the Finance Department of Dr. M Djamil Central General Hospital, it is evident that the percentage of pending claim files has been increasing over the last six months. This study aims to explore the factors causing pending claims for inpatient care under the National Health Insurance (JKN) at Dr. M Djamil Central General Hospital in Padang. A qualitative approach was employed in this research, involving data collection through in-depth interviews, observations, and document reviews. Data analysis was conducted through a triangulation of sources and methods. The research findings indicate that incomplete medical record documentation is caused by the busy schedules of attending physicians (DPJP), sometimes resulting in residents filling out records without DPJP supervision. Furthermore, discrepancies in diagnosis and procedure codes occur due to the coders' use of ICD10 Volume 3 without referring to Volume 1, and the coding process is based on memorization. Incomplete administrative claim files result from the manual collection and scanning of documents, manual filing processes, as well as inaccuracies in verification and differences in perception between internal verifiers and BPJS verifiers. It is recommended that the hospital management regularly monitor and evaluate delayed claim files to prevent recurring errors.*

**Keywords:** Claim files, National Health Insurance (JKN), Social Security Administering Body (BPJS), Pending claim, Hospital

## PENDAHULUAN

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia telah diwajibkan untuk memberikan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu bagi setiap penduduk. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) bertanggung jawab menyelenggarakan JKN, dan rumah sakit merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang menjadi provider JKN. Namun, banyaknya klaim rawat inap yang tertunda (*pending claim*) menimbulkan permasalahan dalam proses pembayaran klaim dan arus kas rumah sakit (Valentina & Niat Sehati Halawa, 2019; Yudiana et al., 2021)

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. M Djamil adalah rumah sakit rujukan terbesar di wilayah Sumatera Barat, yang menyebabkan jumlah klaim rawat inap per bulannya lebih tinggi dibandingkan RS lain di daerah tersebut. Studi dokumentasi pada periode Januari hingga Juni 2022 di bagian Keuangan RSUP Dr. M. Djamil Padang menunjukkan adanya peningkatan persentase pending berkas klaim dalam enam bulan terakhir. Oleh karena itu, penting untuk melakukan analisis mendalam mengenai faktor-faktor yang menyebabkan pending claim pada klaim rawat inap JKN di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Penelitian sebelumnya menemukan bahwa faktor-faktor seperti *resume* medis yang tidak lengkap, ketidaksesuaian kode diagnosis dan prosedur, kelengkapan administrasi berkas klaim, dan ketidaktepatan verifikator BPJS merupakan penyebab umum dari *pending claim* (Maulida & Djunawan, 2022; Valentina & Niat Sehati Halawa, 2019). Dalam konteks RSUP Dr. M Djamil, keterlambatan pembayaran klaim juga dapat mempengaruhi keuangan rumah sakit dan mengganggu arus kas (Leonard, 2016).

Dalam penelitian ini, kami melakukan observasi langsung, telaah dokumen, *focus group discussion*, dan wawancara mendalam dengan pihak terkait untuk mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor penyebab *pending claim* pada klaim rawat inap JKN di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada periode Januari 2022 hingga Juni 2022. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan wawasan yang lebih mendalam mengenai masalah ini dan memberikan rekomendasi yang dapat membantu dalam mengurangi persentase pending claim serta meningkatkan efisiensi proses klaim rawat inap di rumah sakit ini.

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang bertujuan untuk menggali informasi mendalam dari informan terpilih. Teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi wawancara, focus group discussion, observasi, dan telaah dokumen. Pemilihan metode kualitatif ini memungkinkan peneliti untuk memperoleh wawasan yang komprehensif dari individu atau informan terpilih mengenai faktor-faktor penyebab pending claim JKN rawat inap di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Data penelitian diperoleh dari berkas-berkas pending claim JKN rawat inap yang terdapat di RSUP Dr. M. Djamil Padang selama periode Januari hingga Juni 2022, yang berjumlah sebanyak 950 berkas. Teknik pengumpulan data meliputi wawancara dengan pihak terkait, dokumentasi berkas-berkas klaim, serta proses triangulasi data untuk memastikan keakuratan dan keabsahan informasi.

## HASIL

### Penyebab Pending Claim

Pada pelaksanaan klaim Jaminan Kesehatan Nasional proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan sistem INA-CBG's. Administrasi klaim dalam sistem INA-CBG's adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh rumah sakit dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim.

**Tabel 1. Presentase Penyebab Pending Claim Rawat Inap RSUP Dr M Djamil Padang Januari - Juni 2022**

No	Penyebab	Januari	Februari	Maret	April	Mai	Juni
1	Resume medis tidak lengkap	22%	25%	28%	27%	26%	17%
2	Kode diagnosis dan prosedur tidak tepat	31%	45%	35%	31%	46%	47%
3	Administrasi klaim tidak lengkap	20%	24%	21%	14%	9%	18%
4	Ketidaktelitian verifikator BPJS	27%	6%	16%	28%	19%	18%

Berdasarkan tabel diatas didapatkan hasil presentase dari penyebab pending claim rawat inap RSUP Dr M Djamil Padang pada bulan Januari - Juni 2022, dengan presentase terbanyak setiap bulannya yaitu kode diagnosis dan kode prosedur yang tidak tepat.

### Analisa Pending Claim

Berdasarkan analisa pending yang ditulis oleh verifikator internal RSUP M Djamil dari bulan januari-juni 2022, setelah dilakukan pengelompokkan, didapatkan uraian sebagai berikut.

**Tabel 2. Uraian Penyebab Pending Claim Rawat Inap RSUP Dr M Djamil Padang**

No	Penyebab	Uraian
1.	Resume Medis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identitas Pasien, Nama dan tanda tangan DPJP</li> <li>2. Diagnosis masuk RS dan indikasi rawat</li> <li>3. Ringkasan anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut tidak lengkap</li> </ol>
2.	Koding diagnosis dan prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil grouping tidak lolos aplikasi diva (<i>digital validation</i>) yang merupakan sistem automasi ketentuan pengkodean klaim INA CBG's)</li> <li>2. Pemilihan kode tidak tepat, aturan kode gabungan</li> </ol>
3.	Kelengkapan Administrasi Berkas Klaim	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat Perintah Rawat (tanda tangan DPJP) dan SEP</li> <li>2. Dokumen Pendukung</li> <li>3. Kasus Readmisi</li> <li>4. Klaim dengan 2 cara bayar ( irisan dengan asuransi lain)</li> <li>5. Masalah scan berkas klaim</li> </ol>
4.	Ketidaktelitian verifikator BPJS	Berkas klaim minta diajukan ke BPJS kembali tanpa ada yang diperbaiki. Perbedaan penafsiran dalam menafsirkan ketentuan dan penafsiran yang ada

### Karakteristik Informan dan Resume Medis

Hasil penelitian ini melibatkan 16 informan yang terdiri dari Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang, Sub Koordinator Bidang Anggaran sebagai Ketua Tim Klaim JKN, Verifikator Internal, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Petugas Rekam Medis (koder), Petugas Administrasi Klaim, serta Verifikator dari BPJS Kesehatan. Informan tersebut memainkan peran berbeda dalam memberikan informasi terkait fenomena dan permasalahan yang diteliti. Informan kunci memberikan gambaran menyeluruh dan utuh mengenai fenomena yang menjadi fokus penelitian, sedangkan informan utama memberikan detail teknis terkait fenomena tersebut. Sementara itu, informan pendukung memberikan informasi tambahan yang melengkapi analisis penelitian. Pengambilan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan *focus group discussion*, dengan pemilihan informan berdasarkan aspek teori dan praduga, tidak dipilih secara acak, dan ditentukan oleh peneliti berdasarkan tujuan dan sumberdaya penelitian.

Resume medis merupakan dokumen penting dalam pengajuan tagihan klaim JKN karena berfungsi sebagai bukti yang harus dilampirkan. Oleh karena itu, kelengkapan resume medis menjadi tanggung jawab dokter penanggung jawab pasien (DPJP) dalam rumah sakit. Informasi yang terdapat dalam

resume medis juga menjadi panduan untuk mengisi kode diagnosis dengan akurat. Pengisian resume medis di RSUP Dr M Djamil telah diatur dalam pedoman pengisian rekam medis sesuai standar akreditasi rumah sakit. Berikut interpretasi hasil wawancara mendalam dengan informan terkait dengan pengisian resume medis (Tabel 3 dan Tabel 4).

**Tabel 3. Matrix Triangulasi Sumber Wawancara Mendalam Terkait Pengisian Resume Medis dalam Proses Penagihan Klaim di RSUP Dr M Djamil Padang**

No	Tematik	Jawaban Informan	Kesimpulan
1.	Pengisian Resume Medis	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi terhadap proses pengisian resume medis dalam penagihan klaim sudah dilakukan oleh bagian direksi, namun monitoring dan evaluasi yang optimal dan berkelanjutan belum sepenuhnya dilaksanakan (Inf A1)</li> <li>Kebijakan terkait proses penagihan klaim sudah diturunkan melalui SOP internal kepada pihak-pihak yang terkait, namun implementasi dan proses evaluasi dan monitoring belum optimal ( Inf A1)</li> <li>Panduan SOP dalam pengisian resume medis sudah pernah disosialisasikan kepada DPJP, namun bukti dokumen panduan SOP tersebut belum didapatkan oleh DPJP (Inf A5-A6)</li> <li>Pengisian resume medis rawat inap dilakukan H-1 sebelum pasien pulang, namun pada umumnya pengisian resume medis dilakukan hari H ketika pasien pulang (Inf A4)</li> <li>Resume medis dikatakan lengkap jika semua item-item dalam resume medis terisi serta adanya kesesuaian isi resume medis tersebut mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan terapi yan diberikan terhadap penegakka diagnosis pasien (Inf A4-A5)</li> <li>Keterlambatan dan ketidaklengkapan dalam pengisian resume medis karena jadwal DPJP yang padat dan terkadang DPJP lupa. (Inf A4,A6)</li> </ol>	<p>Kebijakan terkait pengisian resume medis sudah ada dan sudah dilakukan sosialisasi oleh pihak direksi, namun implementasi dan monitoring serta evaluasi yang belum optimal.</p> <p>DPJP sudah mendapatkan sosialisasi terkait dengan proses pengisian resume medis, dan resume medis dikatakan lengkap adalah ketika semua item-item pada resume medis terisi dan adanya kesesuaian data yang ada dengan diagnosis pasien.</p> <p>Proses pengisian resume medis di RSUP Dr M Djamil dilakukan DPJP, untuk waktu pengisian resume medis rawat inap adalah H-1 pasien pulang, namun biasanya DPJP mengisi resume medis pada hari H pasien pulang. Ditemukan kendala terkait ketidaklengkapan pengisian resume medis karena adanya kesibukan DPJP sehingaa DPJP terkadang lupa dengan kelengkapan dari resume medis.</p>

**Tabel 4. Tabel Matrix Triangulasi Metode Wawancara Mendalam Terkait Pengisian Resume Medis dalam Proses Penagihan Klaim di RSUP Dr M Djamil Padang**

No	Tematik	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	Analisis Triangulasi
1.	Pengisian Resume Medis	Kebijakan terkait pengisian resume medis sudah ada dan sudah dilakukan sosialisasi oleh pihak direksi, namun implementasi dan monitoring serta evaluasi yang belum optimal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Resume medis</li> <li>Panduan Pengisian rekam medis</li> <li>Panduan verifikasi berita acara</li> </ol>	Resume medis pada umumnya diisi oleh residen sehingga sering ditemukan ketidaklengkapan dalam pengisian resume medis karena pengisian	Sosialisasi terkait pengisian resume medis sudah dilaksanakan dari pihak direksi, dan pihak DPJP sudah mendapatkan sosialisasi. Resume medis dapat diisi oleh residen maupun DPJP. Ketidaklengkapan

<p>DPJP sudah mendapatkan sosialisasi terkait dengan proses pengisian resume medis, dan resume medis dikatakan lengkap adalah ketika semua item-item pada resume medis terisi dan adanya kesesuaian data yang ada dengan diagnosis pasien.</p> <p>Proses pengisian resume medis dilakukan oleh DPJP pada hari pasien pulang. Ditemukan kendala terkait ketidaklengkapan pengisian resume medis karena adanya kesibukan DPJP sehingga DPJP terkadang lupa dengan kelengkapan dari resume medis.</p>	<p>manual kesepakatan BPJS dan Kemenkes</p>	<p>resume medis tidak disupervisi oleh DPJP, serta adanya ketidaksesuaian isi resume medis dengan diagnosis yang ditegakan kepada pasien. Selain itu karena kesibukan dari DPJP, menyebabkan pengisian resume medis dilakukan pada hari H pasien pulang, atau resume medis diisi oleh residen</p>	<p>resume medis yang diisi oleh DPJP biasanya disebabkan karena kesibukan DPJP dan pengisian resume medis biasanya dilakukan pada hari H pasien pulang. Resume medis yang diisi oleh residen juga terdapat ketidaklengkapan karena terkadang residen yang mengisi resume medis bukan residen yang merawat pasien dan tidak disupervisi oleh DPJP. Residen boleh mengisi resume medis karena RSUP Dr M Djamil merupakan rumah sakit pendidikan, namun pengisian resume medis tetap dibawah arahan dari DPJP terkait</p>
--	---	---	--

**Penentuan Kode Diagnosis dan Kode Prosedur**

Salah satu variabel untuk penghitungan biaya pelayanan rumah sakit yang akan diklaim adalah kode diagnosis dan prosedur, sehingga ketepatan dalam pemberian kode diagnosis dan prosedur merupakan hal penting yang harus diperhatikan. *Focus grup discussion* dilakukan pada 14 Maret 2023 di bagian Rekam Medis RSUP Dr M Djamil Padang pukul 10.00 WIB, berikut hasil focus grup discussion yang telah dilakukan bersama 5 koder dari bagian rawat inap RSUP Dr. M Djamil Padang.

**Tabel 5. Matrix Triangulasi Sumber *Focus Grup Discussion* terkait Pengkodean dan Entri Data dalam Proses Penagihan Klaim di RSUP Dr M Djamil Padang**

No	Tematik	Jawaban Informan	Kesimpulan
1	Pengkodean dan Entri Data	<ol style="list-style-type: none"> <li>SOP dalam proses pengkodean belum ada, namun proses pengkodean sudah mengacu pada ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 untuk tindakan dari WHO.</li> <li>Pelatihan bagi staf koder sudah ada, namun belum berkelanjutan, terutama pelatihan di RSUP Dr M Djamil Padang. Pelatihan berikutnya akan diajukan kembali pada tahun 2023 ini, selain pelatihan di RSUP Dr M Djamil, koder juga mendapatkan pelatihan dari luar.</li> <li>Ada beberapa staf Koder yang belum mendapatkan pelatihan tentang kaidah koding</li> <li>Proses koder melakukan pengkodean berdasarkan hafalan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 untuk prosedur.</li> <li>Waktu yang diperlukan koder dalam menyelesaikan proses pengkodean pada umumnya membutuhkan waktu 1-2 menit untuk menyelesaikan 1 berkas. Namun hal ini</li> </ol>	<p>SOP dalam proses pengkodean sudah ada, namun belum secara mendetail menjelaskan langkah yang harus dilakukan. Di dalam SOP tersebut menerangkan bahwa untuk diagnosis merujuk pada ICD 10 dan untuk prosedur merujuk pada ICD 9. Pelatihan bagi staf koder sudah ada, namun ada beberapa yang belum mendapatkan pelatihan. Waktu bagi koder untuk menyelesaikan proses pengkodean bervariasi sesuai kasus, waktu yang singkat dikarenakan sudah menghafal kode penyakit atau prosedur yang akan dientrikan. Jika ditemukan kendala dalam proses pengkodean koder</p>

- tergantung dari kasus yang akan dikode, maupun skill dari koder tersebut. Jika kasus yang ditemukan merupakan kasus sulit, maka waktu 1-2 menit merupakan waktu yang singkat dan terlalu gegabah, namun jika kasus yang ditemukan merupakan kasus mudah, maka waktu tersebut sudah dianggap cukup.
6. Kendala koder dalam melakukan pengkodean karena singkatan diagnosis yang tidak baku serta kendala sistem jaringan yang *error*. Jika ditemukan keraguan, koder akan berdiskusi dengan dokter case manager, bukan kepada DPJP yang terkait, idealnya koder harusnya langsung berkoordinasi dengan DPJP terkait, namun karena RSUP Dr M Djamil mempunyai dokter case manager, maka dokter case manager yang akan berkoordinasi dan melakukan konfirmasi dengan DPJP terkait.
  7. Jumlah staf koder untuk masing-masing rawat inap sudah dirasakan cukup dan sudah terpenuhi.

**Tabel 6. Matrix Triangulasi Metode *Focus Grup Discussion* terkait Pengkodean dan Entri Data dalam Proses Penagihan Klaim di RSUP Dr M Djamil Padang**

No	Tematik	Wawancara mendalam	Telaah dokumen	Observasi	Analisis Triangulasi
1	Pengkodean dan Entri Data	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP dalam proses pengkodean sudah ada, namun belum secara mendetail menjelaskan langkah yang harus dilakukan. Di dalam SOP tersebut menerangkan bahwa untuk diagnosis merujuk pada ICD 10 dan untuk prosedur merujuk pada ICD</li> <li>2. Pelatihan bagi staf koder sudah ada, namun ada beberapa yang belum mendapatkan pelatihan.</li> <li>3. Waktu bagi koder untuk menyelesaikan proses pengkodean</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ICD 10 WHO</li> <li>2. ICD 9 WHO</li> <li>3. Panduan pelayanan rekam medis</li> <li>4. Uraian tugas Casemix</li> <li>5. Panduan verifikasi berita acara manual kesepakatan BPJS dan Kemenkes</li> <li>6. Perjanjian Kerjasama RSUP Dr M Djamil dengan BPJS Kesehatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koder melakukan pengkodean sesuai hafalan</li> <li>2. Tidak ada koder yang merujuk pada ICD 10 Volume 1</li> <li>3. Koder melakukan konfirmasi dan koordinasi terkait proses pengkodean kepada dokter <i>case manager</i> bukan kepada DPJP terkait</li> </ol>	<p>Terjadinya ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur disebabkan koder melakukan pengkodean berdasarkan hafalan, meskipun sudah beberapa koder mendapatkan pelatihan terkait dengan proses pengkodean. Sehingga waktu yang dibutuhkan koder untuk menyelesaikan pengkodean 1 berkas sekitar 1-2 menit, namun durasi waktu tersebut terlalu cepat untuk melakukan pengkodean berkas dengan kasus yang sulit dan kompleks. Koder melakukan konfirmasi dan koordinasi terkait proses pengkodean kepada dokter <i>case manager</i> bukan kepada DPJP terkait, hal ini tidak sejalan dalam rincian Perjanjian Kerjasama antara RSUP Dr M Djamil dengan BPJS Kesehatan bahwa jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan diagnosis, maka koder harus melakukan klarifikasi kepada DPJP</p>

- bervariasi sesuai kasus, waktu yang singkat dikarenakan sudah menghafal kode penyakit atau prosedur yang akan dientrikan
- 4. Jika ditemukan kendala dalam proses pengkodean koder berkoordinasi dengan casemanager bukan DPJP

**Proses Verifikasi Berkas Klaim**

Wawancara mendalam terkait verifikasi dengan informan kunci, berikut hasil wawancara mendalam dengan informan kunci.

**Tabel 7. Matrix Triangulasi sumber dengan *Focus Grup Discussion* verifikasi berkas klaim rawat inap RSUP Dr M Djamil Padang**

No	Tematik	Jawaban Informan	Kesimpulan
1.	Verifikasi Berkas Klaim	<p>1. SOP terkait proses verifikasi berkas klaim Rawat Inap RSUP Dr M Djamil Padang sudah ada, dan dokter verifikator internal sudah menjalankan sesuai SOP, namun SOP yang ada masih bersifat secara umum dan belum sepenuhnya mendetail sehingga adanya seni tersendiri dari verifikator internal untuk melakukan verifikasi terhadap berkas klaim rawat inap di RSUP Dr M Djamil Padang.</p> <p>2. Kondisi ketika adanya variasi atau kendala saat proses verifikasi berkas klaim, maka dokter verifikator internal melakukan diskusi lebih lanjut namun tetap mengacu pada pedoman ICD 10 dan ICD 9 dari WHO.</p> <p>3. Faktor penyebab terjadinya <i>pending claim</i> di bagian Rawat Inap RSUP Dr M Djamil Padang adalah pengisian resume medis yang tidak lengkap, kode diagnosis dan kode prosedur yang tidak tepat, perbedaan persepsi antara dokter verifikator internal dengan verifikator BPJS Kesehatan serta tidak lengkap nya berkas -berkas administrasi.</p> <p>4. Adanya kesalahan persepsi antara verifikator internal RSUP Dr M Djamil dengan verifikator BPJS Kesehatan ataupun ketidakteitian verifikator BPJS Kesehatan juga mempengaruhi angka <i>pending claim</i> dari RS sehingga hal tersebut dapat mempengaruhi <i>cash flow</i> RS</p>	<p>SOP terkait proses verifikasi berkas klaim Rawat Inap RSUP Dr M Djamil Padang sudah ada namun SOP yang ada masih bersifat secara umum. Karena SOP yang ada bersifat umum, sehingga jika terjadi adanya variasi atau kendala saat proses verifikasi berkas klaim, maka dokter verifikator internal akan berdiskusi namun tetap mengacu pada pedoman ICD 10 dan ICD 9 dari WHO. Faktor penyebab terjadinya <i>pending claim</i> di bagian Rawat Inap RSUP Dr M Djamil Padang adalah pengisian resume medis yang tidak lengkap, kode diagnosis dan kode prosedur yang tidak tepat, perbedaan persepsi antara dokter verifikator internal dengan verifikator BPJS Kesehatan serta tidak lengkap nya berkas -berkas administrasi. Kondisi <i>pending claim</i> menyebabkan terganggunya <i>cash flow</i> RS sehingga harapannya presentase <i>pending claim</i> adalah sebesar 0%</p>

**PEMBAHASAN**

### **Pengisian Resume Medis**

Dari hasil penelitian yang dilakukan di RSUP Dr M Djamil terkait pengisian resume medis yang dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) bahwa pihak manajemen telah memberikan sosialisasi terkait dengan pengisian resume medis yang benar dan tertuang dalam dokumen panduan pelayanan. Pengisian resume medis rawat inap sesuai Surat edaran dari direktorat pelayanan harus dilakukan H-1 sebelum pasien direncanakan pulang. Namun hasil observasi dan wawancara di lapangan ditemukan DPJP mengisi resume medis ketika hari H pasien pulang. Sebagai rumah sakit pendidikan, pengisian resume medis dapat dilakukan oleh residen dengan supervise oleh DPJP terkait. Semua item dari resume medis harus diisi lengkap dengan berkas pendukung seperti hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang mendukung untuk penegakkan diagnosis tersebut. Sementara itu ketidaklengkapan pengisian resume medis dikarenakan DPJP mengisi resume medis pada hari H pasien pulang sehingga terdapat data yang tidak lengkap karena lupa, selain itu resume medis diisi oleh residen yang terkadang tidak disupervisi oleh DPJP.

Penelitian sebelumnya tahun 2020 telah mengulas mengenai kelengkapan resume medis yang dinilai berdasarkan empat komponen, yaitu identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi penulisan, dan catatan yang baik. Resume medis harus mencakup identitas pasien, nomor rekam medis, tanggal pelayanan, diagnosa, prosedur/tindakan medis yang diberikan kepada pasien, serta tanda tangan dan nama jelas dokter. Semua informasi tersebut menjadi persyaratan penting dalam berkas klaim yang diajukan ke BPJS (Pardede, 2020).

Kelengkapan resume medis dinilai dari 4 komponen analisis kuantitatif pada rekam medis yaitu melakukan audit komponen identifikasi pasien pada lembaran resume medis (nomor Rekam Medis, nama pasien, tanggal lahir/umur, jenis kelamin), melakukan audit komponen pelaporan/ pencatatan yang penting (riwayat saat masuk, kondisi selama dirawat, keterangan saat akan pulang), melakukan audit komponen autentikasi penulis (nama dan tanda tangan) dan audit pencatatan yang baik (tidak ada coretan, tidak ada tip-ex, tidak ada bagian yang kosong (Widjaya, 2018).

### **Pengkodean dan Entri Data**

Pengkodean dan entri data di RSUP Dr M Djamil Padang masih ditemukan beberapa kendala yaitu kodifikasi diagnosa dan prosedur yang tidak tepat karena disebabkan kodifikasi berdasarkan hafalan koder, catatan koder, berpedoman pada ICD 10 volume 3 tidak merujuk ke volume 1 yang berisi daftar tabulasi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sukawan dan Meilany tahun 2020, dimana faktor yang menyebabkan kode diagnosis dan prosedur tidak akurat yaitu koder mengandalkan hafalan merujuk pada ICD 10 dan ICD 9 volume 3 saja tanpa merujuk pada volume 1. Selain itu, koding tidak sesuai karena koder tidak melakukan koding secara lengkap (Ari Sukawan & Lilik Meilany, 2020).

Sesuai dengan panduan dari BPJS (2014) verifikator wajib memastikan kesesuaian prosedur pada tagihan dengan kode ICD 9 CM. Langkah-langkah kodifikasi menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM menurut Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Group's dimulai dengan menentukan *lead term* lalu dicari pada volume 3 index dan di rujuk ke volume 1 tabular list.

### **Kelengkapan administrasi Berkas Klaim**

Kelengkapan administrasi berkas klaim dimulai dari proses di casemix, validasi dilakukan oleh staff rekam medis, jika ada berkas klaim yang tidak lengkap akan dikoordinasikan kepada Perawat yang bertugas sebagai Kepala Ruangan data dukung (hasil laboratorium, hasil rontgen, dll) untuk berkas klaim. Pengajuan klaim di RSUP Dr M Djamil harus diketahui oleh direktur agar tidak terjadi kecurangan, apabila terjadi kendala terhadap proses klaim, maka akan dikoordinasikan terlebih dahulu ke kepala *case mix*, jika semua proses sudah sesuai maka akan dikonfirmasi ke verifikator BPJS untuk proses pengajuan, sementara surat pengantar serah terima akan di infokan dan dikirim melalui grup dan untuk hardnya akan langsung dikirim ke kantor cabang BPJS.

Proses pengajuan klaim dari RSUP Dr M Djamil kepada BPJS Kesehatan meliputi tahap pengiriman dokumen berkas klaim dan TXT. Setelah diterima, maka BPJS Kesehatan akan menerbitkan Bukti Penerimaan Klaim dan selanjutnya pada hari ke 10 akan dilakukan penerbitan Berita Acara Kelengkapan Klaim dan selanjutnya akan dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan. Sebelum



dilakukan pembayaran, BPJS Kesehatan akan menerbitkan FPK (Formulir Pengajuan Klaim) yang berisi jumlah klaim yang sesuai dan akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Untuk klaim yang tidak lengkap ataupun tidak sesuai akan dikembalikan dengan membuat Berita Acara Pengembalian Berkas Klaim.

Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak bisa diklaimkan. Setelah tahapan verifikasi, BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang tidak layak klaim atau pending harus dikembalikan ke rumah sakit untuk dapat diperiksa dan nantinya akan diajukan kembali pada bulan berikutnya (Valentina & Niat Sehati Halawa, 2019).

### Verifikasi Berkas Klaim

Berdasarkan hasil *focus group discussion* bahwasannya RSUP Dr M Djamil Padang terkait dengan proses verifikasi yang dilakukan sudah mengacu pada regulasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian *Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan berguna meminimalisir hambatan proses persetujuan klaim. Selain itu juga mengacu pada SOP yang telah ditetapkan. SOP pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan. Peran dan manfaat SOP sebagai pedoman didalam suatu organisasi adalah pedoman kebijakan yang merupakan dasar bagi seluruh kegiatan organisasi, secara operasional maupun administratif (Tambunan, 2013).

Proses verifikasi berkas di RSUP Dr M Djamil Padang dimulai dengan berkas klaim yang akan diajukan ke BPJS, dimana kelengkapannya terlebih diperiksa oleh verifikator, dan setiap berkas yang naik akan dilakukan monitoring oleh kepala case mix. Hasil verifikasi klaim yang belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, maka berkas klaim dikembalikan ke rumah sakit asal untuk mendapatkan konfirmasi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan sebelumnya, jika klaim tidak lengkap maka berkas klaim akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi dan dimasukkan dalam klaim pending atau tagihan tertunda (Anzelika et al., 2021). Klaim diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 pada bulan berjalan yang kemudian akan diverifikasi oleh tim verifikator BPJS Kesehatan dalam bentuk softcopy dan hardcopy. Selain itu serupa dengan penelitian lainnya bahwa verifikasi pada dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program JKN oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran (Malonda, 2015).

RSUP Dr M Djamil Padang telah memiliki SOP terkait proses verifikasi klaim di Rumah Sakit, namun belum secara mendetail. Sehingga ketika ada perbedaan persepsi ketika proses verifikasi, verifikator internal melakukan diskusi lebih lanjut dan merujuk kepada ICD 10 dan ICD 9 dari WHO. Harapannya dilakukannya *claim review* berkala dengan BPJS Kesehatan terkait persamaan persepsi terhadap regulasi dan dilakukannya monitoring dan evaluasi bulanan rutin internal terkait dengan permasalahan klaim.

### KESIMPULAN

Dari sisi pengisian resume medis yaitu ketidaklengkapan pengisian resume medis yang terjadi karena kesibukan DPJP akibat jadwal DPJP yang padat. Ketidaklengkapan juga disebabkan pengisian resume medis tidak dilakukan H-1 (sesuai SOP) sebelum pasien pulang, namun lebih sering ketika hari H pasien pulang. Pengisian resume yang diwakilkan oleh residen terkadang tidak disupervisi oleh DPJP. Dari sisi pengkodean dan entri data yaitu ketidaktepatan kodefikasi diagnosis dan prosedur. Hal ini terjadi karena proses pengkodean dilakukan dalam waktu 1-2 menit, menggunakan ICD 10 volume 3 dan tidak merujuk ke ICD 10 volume 1. Staf koder pada umumnya menghafalkan kode diagnosis dan prosedur. Serta belum adanya pelatihan yang berkelanjutan terhadap staf koder dalam rangka meningkatkan kompetensi terkait proses pengkodean. Dari sisi kelengkapan berkas administrasi klaim bahwa berkas klaim yang tidak lengkap disebabkan karena banyaknya berkas yang harus di scan dan diupload ke sistem jaringan validasi berkas. Proses scanning berkas yang banyak dilakukan pada akhir

bulan pengajuan klaim menyebabkan berkas klaim yang dikumpulkan tidak lengkap. Berkas klaim yang tidak lengkap dalam proses penagihan klaim akan dikembalikan kepada pihak yang terkait untuk diperbaiki atau dilengkapi terlebih dahulu. Dari sisi verifikasi berkas klaim disimpulkan bahwa proses verifikasi berkas klaim sudah memiliki SOP namun SOP yang ada masih bersifat umum. Terdapat perbedaan persepsi antara verifikator internal rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan yang mempengaruhi angka pending claim di Rumah Sakit. Berkas klaim yang pending karena ketidaksesuaian diagnosis atau resume dan berkas klaim yang tidak lengkap disebabkan oleh ketidaktelitian dari verifikator internal rumah sakit.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kepada program pascasarjana kesehatan masyarakat fakultas kedokteran universitas andalas, tim pembantu dan responden yang telah mendukung segala kegiatan dalam penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Almomen, R. K., Kaufman, D., Alotaibi, H., Al-Rowais, N. A., Albeik, M., & Albattal, S. M. (2016). Applying the ADDIE-analysis, design, development, implementation and evaluation-instructional design model to continuing professional development for primary care physicians in Saudi Arabia. *International Journal of Clinical Medicine*, 7(7), 538–546. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2016.78059>
- Blanchard, P.N., and J. W. T. (2004). *Effective Training : System, Strategies and Practice* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall,.
- Dedy Kurniadi. (2007). *Prinsip-Prinsip Dasar Management Pelatihan*. Bandung: Universitas Pendidikan Indonesia.
- Helda, B. (2015). Penilaian Kebutuhan Pelatihan Pada Individu Petugas Rekam Medis. *JAKI*, 3(1). Retrieved from <https://e-journal.unair.ac.id/JAKI/article/view/1491>
- Kemendes RI. Standar Pelayanan Minimal, Pub. L. No. 129/Mendes/SK/II/2008 (2008). Indonesia.
- Kemendri Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. In *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit* (pp. 1–55). Jakarta.
- Kristina, A. (2010). Model Training Needs Analysis (TNA) Untuk Mengidentifikasi Kebutuhan Pelatihan. *Neo-Bis*, 4(1), 1–36.
- Latham, G. and Wexley, K. (1991). *Developing and Training Human Resources in Organization*. New York: Harper Collins Publishers.
- Noe & Ramond A. (2001). *Employee Training and Development*. New York: McGraw-Hill.
- RSI, D. (2018). *Laporan Seksi Diklat RSI Ahmad Yani*. Surabaya.
- Som, H. bin M., & Nam, R. Y. T. (2008). Organizational-Level Training Needs Analysis (TNA): Findings from the Top 1000 Companies in Malaysia.
- Wirawan. (2007). *Budaya dan Iklim Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat.