

## ANALISIS PENDING KLAIM BPJS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT QIM BATANG TAHUN 2022

*Analysis Of Pending Claims At BPJS Inpatient At Qim Batang Hospital In 2022*

Endah Widaningtyas<sup>1,\*</sup>, Fadhila Putri Novinawati<sup>2</sup>, Andri Asmorowati<sup>3</sup>  
STIKES HAKLI Semarang,  
<sup>1</sup>endahwidaningtyas@gmail.com\*

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pengajuan klaim dapat diterima BPJS Kesehatan jika sesuai dengan alur dan prosedur yang sudah ditentukan dan sesuai dengan ketentuan administrasi pelayanan, medis dan coding. Rumah Sakit QIM Batang masih memiliki klaim terpending pada setiap bulannya dengan penyebab tertinggi pada aspek coding.

**Tujuan penelitian:** Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisa pending klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit QIM Batang Tahun 2022.

**Metode:** Jenis penelitian adalah observasional analitik dengan metode pengumpulan data melalui observasi. Sampel penelitian adalah berkas pending klaim bulan Oktober-Desember tahun 2022. Analisis data secara deskriptif (analisis univariat) untuk menggambarkan karakteristik klaim klaim BPJS Kesehatan.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 3219 klaim diajukan pada Triwulan 4 tahun 2022, terdapat 176 (5,46%) klaim terpending dalam pengajuan klaim dengan kesalahan tertinggi pada aspek coding sebesar 68,18% dengan ketidaktepatan pada kesalahan kode, reseleksi kode, dan kode ganda.

**Simpulan:** Penyebab pending klaim BPJS rawat inap paling tinggi dikarenakan kesalahan coding sehingga diperlukan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan koder.

**Kata kunci:** pending klaim; coding; BPJS

### ABSTRACT

**Background:** BPJS Health can accept claims if they comply with the predetermined flow and procedures and comply with service administration, medical and coding provisions. QIM Batang Hospital still has the most pending claims every month with the highest causes in the coding aspect.

**Research purposes:** The aim of this research is to analyze pending BPJS Inpatient claims at QIM Batang Hospital in 2022.

**Methods:** The type of research is analytical observational with data collection methods through observation. The research sample is pending claim files for October-December 2022. Data analysis is descriptive (univariate analysis) to describe the characteristics of BPJS Health claims.

**Results:** The research results show that of the 3219 claims submitted in Quarter 4 of 2022, there were 176 (5.46%) pending claims with the highest errors in the coding aspect at 68.18% with inaccuracies in code errors, code reselection, and double codes. .

**Conclusion:** *The highest cause of pending BPJS inpatient claims is due to coding errors, so training is needed to improve coder skills.*

**Keywords:** *pending claim; coding; BPJS*

## PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Metode pembayaran rumah sakit dengan menggunakan INA-CBGs yaitu tarif pelayanan kesehatan berdasarkan kode kelompok diagnosa dan prosedur di rekam medis (Permenkes, No. 26 Tahun 2021). Pembayaran ini dikembangkan dari sistem bauran kasus (*casemix*) dengan mengelompokan diagnosis dan prosedur dengan ciri klinis serta biaya yang sama atau mirip. Pengelompokannya dilakukan dengan menggunakan grouper. Pengajuan klaim dapat diterima BPJS Kesehatan jika sesuai dengan alur dan prosedur yang sudah ditentukan tentang aspek administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan pelayanan kesehatan. Apabila berkas klaim tidak sesuai dengan ketentuan, maka berkas klaim akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit untuk melakukan revisi agar dapat mendapatkan penggantian biaya klaim oleh BPJS Kesehatan.

Klaim pending yaitu pengembalian klaim karena belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut terkait kaidah koding maupun medis (*dispute claim*), dan penyelesaiannya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan (Peraturan BPJS No.7 Tahun 2018). Keakurasian dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangatlah penting karena terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Akurasi kode data klinis sangat menentukan kelancaran dari proses pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada pihak BPJS. Banyak kasus klaim yang dikembalikan oleh BPJS dikarenakan kurangnya kelengkapan informasi, dan koding yang tidak akurat. Kelengkapan klaim dan kebenaran data menjadi prasyarat utama agar terverifikasi.

Penelitian Maulida (2022) menyebutkan bahwa penyebab pending klaim adalah berkas tidak lengkap, kurang tepatnya koding, dan kurang lengkapnya pemeriksaan penunjang. Menurut Kusumawati (2018), penyebab pending klaim yaitu kesalahan dalam proses koding dan kesalahan input data. Kesalahan penempatan diagnosa primer dan sekunder tidak sesuai dengan kaidah koding pada ICD 10, diagnosa primer dan sekunder tidak sesuai dengan kaidah koding pada ICD 10, diagnosa yang banyak melibatkan SDM, dan ketidaklengkapan resume medis.

Berdasarkan hasil survey pendahuluan di Rumah Sakit QIM (Qolbu Insan Mulia) Batang, didapatkan data pending klaim BPJS Rawat Inap pada bulan Juli sampai September (Triwulan 3) tahun 2022 dengan beberapa faktor penyebab antara lain diagnosa kurang sesuai, potensi readmisi, ketidaklengkapan dokumen, reseleksi, dan masalah penjaminan. Jumlah klaim BPJS yang diajukan RS Qim pada Triwulan III Tahun 2022 sejumlah 3157 berkas dengan jumlah pending klaim sebesar 226 berkas (7,1%). Sebanyak 180 berkas (79,6%) dipending dikarenakan aspek koding. Rincian pending klaim karena aspek koding pada bulan Juli sebesar 54 berkas, bulan Agustus sebesar 56 berkas, dan bulan September sebesar 70

berkas. Data ini menunjukkan bahwa masih terdapat data klaim BPJS terpending dengan presentase yang meningkat setiap bulannya dengan berbagai penyebab dan paling banyak karena aspek koding. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis penyebab pending klaim BPJS Rawat Inap Rumah Sakit QIM Batang Tahun 2022.

**METODE**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan observasional analitik yaitu menganalisis hubungan antara variabel uji (dependen dan independen). Penelitian ini dilakukan secara retrospektif, dengan pengumpulan data dimulai dari pending klaim dan ditelusuri penyebabnya (Sudaryono, 2018). Penelitian dilakukan di Rumah Sakit QIM Batang pada bulan Oktober-Desember tahun 2022. Populasi penelitian terdiri dari berkas klaim BPJS pasien rawat inap aspek koding yang dipending oleh BPJS di Rumah Sakit QIM Batang pada bulan Oktober-Desember tahun 2022 dengan menggunakan teknik sampling jenuh (sensus).

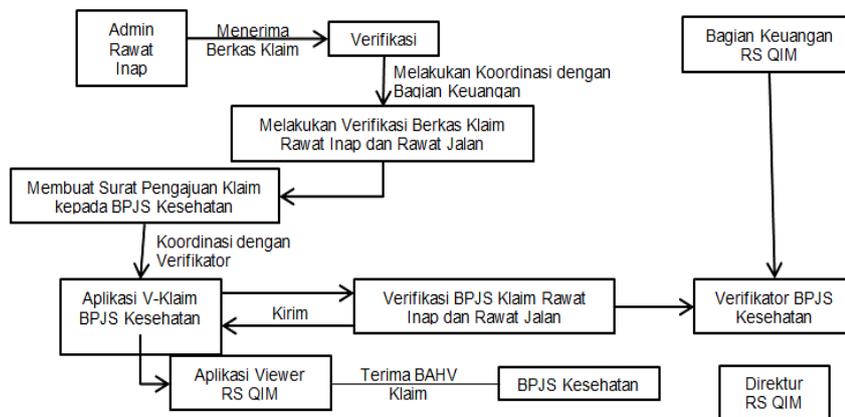
Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi/pengamatan dan wawancara. Data diperoleh dari berkas klaim revisi dan rekam medis pasien rawat inap dan hasil wawancara dengan petugas *casemix*. Data yang telah dikumpulkan akan diolah dan dianalisis. Teknik pengolahan data yang digunakan melibatkan *checklist, editing, dan cleaning*. Analisis data akan dilakukan dengan menggunakan analisis deskriptif (analisis univariat) untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian (Sugiyono, 2017).

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Hasil**

**Prosedur Pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap**

Proses pelaksanaan pengajuan klaim BPJS kesehatan bertujuan untuk memperoleh penggantian pembiayaan dari pihak BPJS. Berdasarkan SPO yang telah ditetapkan alur prosedur pengajuan klaim, sebagai berikut :



Gambar 1. Alur Pengajuan Klaim

Output yang dihasilkan selama proses entri klaim adalah data dalam bentuk *soft copy* (txt). Hasil *review* pasien dalam bentuk *excel* yang dapat diunduh pada aplikasi INA-CBG. Hasil dalam format txt dikirim ke BPJS Kesehatan untuk diverifikasi sesuai jenis layanan menggunakan aplikasi *v-claim*, sambil menyatakan kembali permintaan penggantian biaya, surat perintah kerja, surat pernyataan tanggung jawab mutlak dan ringkasan pasien dalam format *excel*. Laporan klaim diemail ke Kementerian Kesehatan cq Transfer Layanan Rujukan, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan. Petugas yang melaksanakan klaim BPJS Kesehatan sejumlah 10 orang di Unit *Casemix*.

### Prosedur Pengkodean BPJS Rawat Inap

Pelaksanaan prosedur pengkodean diagnosa penyakit pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit QIM Batang dilakukan oleh petugas bagian koding *casemix* rawat inap yang berjumlah 2 orang dengan latar belakang pendidikan DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Pelaksanaan pengkodean diagnosa pasien BPJS menggunakan kaidah ICD 10 tahun 2010, Permenkes RI Nomor 26 Tahun 2021, dan Berita Acara Kesepakatan BPJS tahun 2019, dan Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 2. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan hasil bahwa dalam melaksanakan pengkodean diagnosa menggunakan ICD 10 elektronik dan pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan kode diagnosa tersebut.

Adapun langkah-langkah pelaksanaan pengkodean diagnosa adalah sebagai berikut:

1. Petugas PJRM (penanggung jawab rekam medis) memeriksa kelengkapan rekam medis.
2. Jika rekam medis tidak lengkap, maka dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang berwenang melengkapi rekam medis tersebut
3. Petugas PJRM menuliskan kode diagnosa dan kode tindakan pada rekam medis dan resume medis pasien, yang kemudian dicetak
4. Pengajuan rekam medis dari ruang perawatan ke bagian koding *casemix* rawat inap untuk dilakukan koreksi
5. Petugas koding *casemix* rawat inap menganalisis rekam medis pasien dengan melihat diagnosa dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien.
6. Jika kode yang diberikan sudah sesuai, tuliskan langsung ke rekam medis pasien.
7. Jika diagnosis tidak jelas atau tulisan dokter kurang jelas maka *coder* kasus rawat inap akan melakukan konfirmasi ulang dengan dokter atau perawat di ruang konsultasi.
8. Selain memeriksa formulir rangkuman keluar masuk (RM 1), petugas juga merujuk hasil penunjang seperti hasil laboratorium, *rontgen*, USG, CT scan, dan hasil penunjang lainnya serta obat-obatan yang diresepkan dokter kepada pasien.

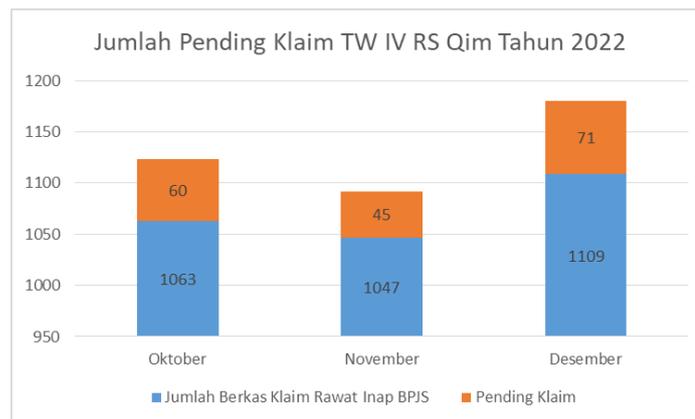
### Distribusi Pending Klaim Triwulan 4 BPJS Rawat Inap

Distribusi pending klaim Triwulan 4 Tahun 2022 disajikan dalam Tabel 2 berikut.

Tabel 2. Pending Klaim Triwulan 4 BPJS Rawat Inap RS Qim Tahun 2022

No	Bulan	Jumlah Berkas Klaim Rawat Inap BPJS	Pending Klaim	%
1.	Oktober	1063	60	5,65
2.	November	1047	45	4,30
3.	Desember	1109	71	6,40
	Jumlah	3219	176	5,47

Sumber : Data Casemix RS Qim Batang, 2022



Gambar 1. Jumlah Pending Klaim TW IV RS Qim Tahun 2022

Berdasarkan Tabel 2 dan Gambar 1 tentang jumlah pending klaim pada Triwulan 4 Tahun 2022 terdapat 176 (5,47%) data pending klaim BPJS Rawat Inap dari 3219 berkas pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap. Berdasarkan data tersebut dapat terlihat peningkatan persentase pending klaim pada Bulan Desember 2022.

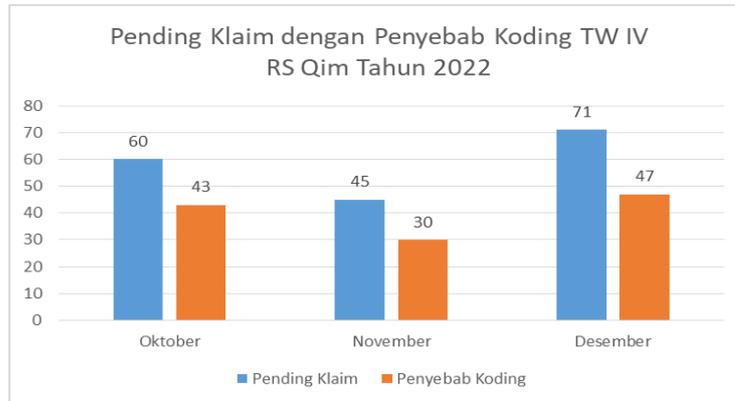
### Pending Klaim Terkait Aspek Koding Triwulan IV BPJS Rawat Inap

Berdasarkan kegiatan observasi dan wawancara yang dilakukan di Rumah Sakit QIM Batang sebanyak 176 sampel pada triwulan keempat Tahun 2022, didapatkan jumlah pending klaim karena kesalahan koding adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Distribusi Pending Klaim BPJS Rawat Inap Triwulan IV RS Qim Terkait Aspek Koding

No	Bulan	Jumlah Berkas Klaim Rawat Inap BPJS	Pending Klaim	Penyebab Koding
1.	Oktober	1063	60 (5,64%)	43 (71,67%)
2.	November	1047	45 (4,30%)	30 (66,67%)
3.	Desember	1109	71(6,40%)	47 (66,20%)
	Jumlah	3219	176 (5,47%)	120 (68,18%)

Sumber : Data Casemix RS Qim Batang, 2022



Gambar 2. Pending Klaim dengan Penyebab Koding TW IV RS Qim Tahun 2022

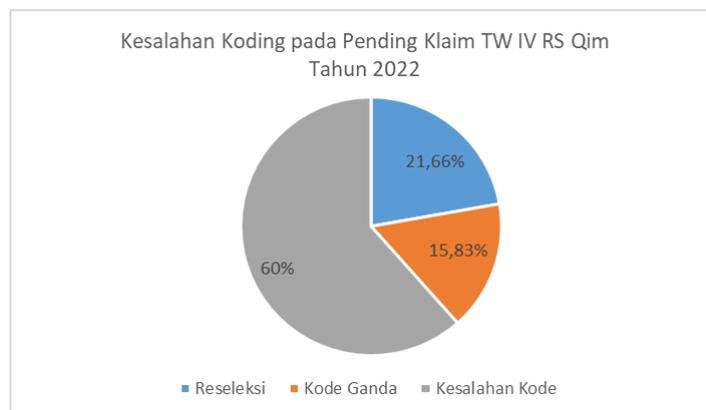
Berdasarkan Tabel 3 dan Gambar 2 diketahui bahwa pada Pending Klaim BPJS Rawat Inap Triwulan 4 Tahun 2022 terkait Aspek Koding, persentase tertinggi terdapat pada bulan Oktober sebesar 71,67%, sedangkan persentase terendah terdapat pada bulan Desember sebesar 66,20%.

Hasil penelitian pada aspek koding didapatkan faktor-faktor yang menyebabkan pending terkait aspek koding yaitu reseleksi, kode ganda, dan kesalahan kode, seperti ditunjukkan pada Tabel 4 berikut.

Tabel 4. Penyebab Pending Klaim dari Aspek Koding

No	Bulan	Pending Klaim	Penyebab Koding	Faktor Koding		
				Reseleksi	Kode Ganda	Kesalahan Kode
1.	Oktober	60	43	10	9	24
2.	November	45	30	9	4	17
3.	Desember	71	47	10	6	31
Jumlah		176	120	29	19	72
Persentase				21,66%	15,83%	60%

Sumber data : Data Casemix RS Qim, 2022



Gambar 3. Kesalahan Koding pada Pending Klaim TW IV RS Qim Tahun 2022

Berdasarkan Tabel 4 dan Gambar 3, diketahui bahwa pada Pending Klaim BPJS Rawat Inap Triwulan 4 Tahun 2022 terkait Aspek Koding, persentase tertinggi terdapat pada faktor kesalahan kode dengan presentase 60%, reseleksi dengan persentase 21,66%, dan kode ganda sebesar 15,83%.

## Pembahasan

### Pending Klaim BPJS Rawat Inap

Berdasarkan jumlah klaim rawat inap BPJS Kesehatan pada triwulan IV tahun 2022 yaitu di Rumah Sakit QIM Batang terdapat 3219 berkas yang diajukan rumah sakit kepada BPJS dengan pending klaim sebesar 176 berkas. Dari hasil wawancara dengan petugas *casemix*, ditemukan penyebab ditundanya klaim BPJS Kesehatan yaitu:

1. Kasus kode diagnose dan tindakan merupakan kasus yang berhubungan pada ketepatan penulisan diagnosis dan tindakan yang dicantumkan dalam bentuk kode. Penentuan klasifikasi dan kodefikasi harus memperhatikan aturan koding morbiditas pada ICD yang meliputi Aturan koding spesifik. Jika koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), maka koder menggunakan rule MB1-MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama, dan konvensi tanda baca dan Aturan koding lainnya yang berlaku pada INA-CBG.
2. Kasus administrasi merupakan kasus yang berhubungan dengan pelayanan administrasi dalam bentuk kelengkapan berkas klaim/ konfirmasi kunjungan pasien. Faktor administrasi yang menyebabkan klaim pending rawat inap yaitu tidak dilampirkannya data administrasi kepersertaan yaitu surat keterangan lahir sebagai syarat penerbitan SEP (surat eligibilitas peserta), tidak dilampirkannya administrasi pelayanan yaitu hasil laboratorium, radiologi dan laporan operasi dan tidak ada komponen obat pada administrasi keuangan pada kwitansi/ biling.
3. Kasus medis merupakan kasus yang berhubungan dengan penanganan kedokteran dalam bentuk tindakan perawatan/ pemeriksaan pasien. Penyebab pending klaim dari faktor medis disebabkan karena tidak lengkapnya penulisan tindakan di resume medis, tidak lengkapnya penulisan alasan pasien rawat inap di SPRI (Surat pengantar rawat inap), tidak tertulisnya penggunaan ventilator dengan menggunakan invansif atau non invansif, dan tidak lengkapnya penulisan laporan operasi.

Data dalam pengkajian pasien yang tertulis pada dokumen asesmen awal medis gawat darurat, resume medis, laporan operasi, surat pengantar rawat inap harus menggunakan metode IAR (*Information, asesmen, and recommendation*). Kelengkapan pengkajian pasien harus sesuai mutu dokumentasi klinis yang meliputi *legible, realible, clear, compleate, precise, konsisten* dan *timely*. Pengkajian yang sesuai dengan dokumentasi klinis yang bermutu akan menghasilkan penetapan kode penyakit yang sesuai (KARS, 2018).

Verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada rumah sakit apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Kesalahan yang terjadi tersebut dapat menyebabkan BPJS kesehatan menahan penggantian biaya sampai penyedia layanan kesehatan mengajukan klaim yang tepat (BPJS Kesehatan, 2014).

Berdasarkan penelitian Annisa (2020) bahwa kasus pending klaim BPJS disebabkan oleh aspek koding, aspek medis dan administrasi medis. Penelitian Hanif (2019) menyebutkan bahwa pending klaim BPJS tidak hanya disebabkan oleh ketiga faktor tersebut, melainkan juga dipengaruhi oleh pengelolaan klaim BPJS, pengetahuan petugas, monitoring dan evaluasi.

### **Prosedur Pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap**

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) mengatur tentang pengajuan klaim BPJS di Indonesia. Proses pengajuan klaim BPJS kesehatan bertujuan untuk memperoleh penggantian pembiayaan dari pihak BPJS. Proses pengajuan klaim dimulai dari penerimaan berkas klaim kemudian diinputkan ke SIMRS dan dilakukan pengkodean. Data dalam SIMRS tersebut diintegrasikan ke *software* INA CBGs. Hasil keluaran yang dihasilkan pada proses entry klaim adalah data berupa softcopy (txt) dan hardcopy (laporan individual pasien). Hasil txt dalam bentuk softcopy dan laporan individual pasien tersebut kemudian diserahkan kepada verifikator BPJS untuk dilakukan verifikasi. Apabila diperlukan konfirmasi lebih lanjut maka akan dikonfirmasi kepada verifikator internal rumah sakit dengan menyerahkan berita acara saat pengajuan klaim. Apabila hasil konfirmasi sesuai dan layak maka bisa dilakukan pengklaiman.

Meskipun undang-undang tidak secara spesifik menetapkan batas waktu pengajuan klaim, disarankan untuk mengajukan klaim sesegera mungkin setelah terjadi kejadian yang menjadi dasar klaim. BPJS memiliki waktu tertentu untuk menyelesaikan klaim yang diajukan. Jika klaim disetujui, BPJS akan membayarkan manfaat jaminan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Jika klaim ditolak, rumah sakit memiliki hak untuk mengajukan banding sesuai dengan prosedur yang diatur oleh BPJS.

Penelitian Cicilia (2019) menyebutkan bahwa prosedur pengajuan klaim yang meliputi pembuatan surat eligibilitas peserta (SEP) dilakukan dengan menggunakan e-klaim, proses entry dan koding dilakukan menggunakan aplikasi INA-CBG's. Pengajuan klaim dengan cara memasukan data berdasarkan resume medis pasien sesuai aturan pengkodean.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa Rumah Sakit QIM Batang sudah memiliki SPO prosedur pengajuan klaim BPJS. Berdasarkan hasil observasi terhadap petugas di ruang casemix menunjukkan bahwa petugas sudah memahami petunjuk teknik verifikasi klaim dari BPJS Kesehatan, sehingga secara kinerja sudah sesuai dengan pedoman yang ada.

### **Prosedur Pengkodean BPJS Rawat Inap**

Pengkodean yang akurat memerlukan rekam medis yang lengkap. Proses pengkodean harus selalu dimulai dari pengkajian (review) rekam medis pasien agar koder memperoleh gambaran secara menyeluruh tentang masalah dan asuhan yang diterima pasien. Koder meneliti dokumen rekam medis untuk verifikasi diagnosa dan tindakan kemudian ditetapkan kode dari diagnosa dan tindakan tersebut (Hatta, 2013).

Berdasarkan hasil wawancara petugas *casemix* rawat inap Rumah Sakit QIM Batang didapatkan hasil bahwa alur pengkodean diagnosa pasien BPJS rawat inap dimulai dari pemberian data diagnosis oleh DPJP kemudian petugas ruang perawatan memberikan kode sesuai diagnosis rekam medis kemudian setelah disetorkan pada bagian assembling. Jika dokumen sudah lengkap akan dilakukan pengajuan klaim oleh petugas *casemix*. Berdasarkan SPO, petugas berhak meminta konfirmasi DPJP apabila terjadi ketidaklengkapan pengisian formulir berkas klaim tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas koding *casemix* rawat inap didapatkan bahwa untuk menentukan kode diagnosa tidak hanya berpedoman pada ICD tetapi juga merujuk pada hasil pemeriksaan penunjang medis. Data tersebut seperti hasil pemeriksaan laboratorium, foto rontgen, USG, CT Scan, dan hasil penunjang lainnya serta obat-obatan yang telah diberikan dokter kepada pasien. Untuk keakuratan kode, petugas juga melakukan konfirmasi kepada dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien apabila terdapat tulisan atau diagnosa yang tidak jelas. Petugas koding *casemix* rawat inap juga menjelaskan bahwa untuk prosedur pengkodean diagnosa pasien BPJS rawat inap khususnya terkait klaim revisi sesuai dengan ICD 10, Permenkes RI Nomor 26 Tahun 2021, dan Berita Acara Kesepakatan BPJS antara BPJS Kesehatan dengan pihak rumah sakit dan Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG.

Hal ini sejalan dengan penelitian Titin Rahmadani (2019) yang menyatakan bahwa penetapan kode diagnosa oleh koder tidak hanya melihat pada formulir ringkasan masuk dan keluar tetapi juga melihat hasil pemeriksaan penunjang dan melakukan konfirmasi kepada dokter apabila terdapat diagnosa atau tulisan yang tidak jelas.

### **Pending Klaim Terkait Aspek Koding Triwulan 4 BPJS Rawat Inap**

Keakuratan kode memiliki peran yang penting sebagai kunci ketepatan klaim BPJS Kesehatan. Pelaksanaan pengkodean medis di Rumah Sakit QIM Batang dilaksanakan oleh koder menggunakan ICD 10 dan ICD 9 elektronik. Namun masih ada koder yang melakukan pengkodean dengan mengandalkan hafal kode tanpa merujuk kembali pada buku ICD 10 dan ICD 9 CM sehingga masih ada kode yang belum akurat.

Berdasarkan wawancara pada petugas *coding casemix* rawat inap, penyebab ditundanya klaim BPJS Kesehatan yaitu kesalahan input dikarenakan kurang teliti dengan faktor banyaknya berkas klaim yang harus dikerjakan. Jenis kesalahan kode adalah sebagai berikut:

1. Reseleksi kode (kekeliruan penentuan diagnosis utama dan sekunder).

Pada hasil penelitian didapatkan penyebab kesalahan reseleksi kode sebesar 21,66%. Reseleksi diagnosa utama adalah penentuan suatu diagnosa utama berdasarkan kondisi yang paling relevan selama perawatan (ICD:2010). Berdasarkan KMK No. HK.01.07-MENKES-312-2020, salah satu kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan adalah klasifikasi dan kodifikasi penyakit serta masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Dalam penentuan kode diagnosa, seorang koder wajib memperhatikan kondisi yang seharusnya menjadi diagnosa utama berdasarkan aturan morbiditas

MB1-MB5 pada ICD X vol 2. Oleh karena itu komunikasi koder dan dokter sangat berperan dalam penentuan diagnosis utama.

## 2. Ketidaksesuaian kode (kode ganda dan kesalahan kode).

Pada hasil penelitian di Rumah Sakit QIM Batang mendapat hasil kesalahan kode sebesar 60% dan kode ganda pada presentase 15,83%. Ketidaksesuaian kode terjadi karena adanya perbedaan persepsi antara dokter dengan verifikator sehingga sering terjadi ketidaksesuaian antara kode yang sudah dibuat oleh koder dengan hasil verifikasi BPJS.

Rumah Sakit QIM Batang belum dilakukan rapat rutin untuk mengevaluasi pending klaim BPJS Kesehatan. Terdapat perbedaan persepsi terhadap diagnosis dan pengkodeannya antara dokter penanggung jawab pasien dan verifikator BPJS. Contoh kasus adalah persepsi bahwa diagnosis anemia harus disertai tranfusi, padahal tidak semua anemia harus ada tindakan transfusi. Selain itu, dalam konsep INA-CBGs, yang menimbulkan biaya terbesar dan atau masa rawat inap paling lama adalah diagnosis utama. Hal ini tidak selalu sejalan dengan konsep diagnosis utama bagi para tenaga klinis dimana ada perbedaan antara ranah klinis medis dengan ranah koding administrasi klaim. Dalam ranah klinis medis, diagnosis utama merujuk pada patofisiologi kasus yang menjadi dasar dari kasus pasien dan bisa bergerak dinamis sesuai perkembangan kondisi pasien, dan berdasarkan pemeriksaan penunjang yang tepat.

Koding adalah upaya menjembatani diagnosis dan tindakan secara klinis medis dengan kode grouper aplikasi INA-CBGs. Selanjutnya berdasarkan kode tersebut, ditentukan besaran klaim. Diagnosis utama dalam kepentingan ini didefinisikan sebagai: (a) Diagnosis yang paling berbahaya atau mengancam kehidupan, (b) Diagnosis yang paling banyak membutuhkan sumber daya pelayanan, dan/atau (c) diagnosis yang menyebabkan masa perawatan paling lama. Informasi medis yang terdapat dalam resume medis mendukung tenaga koder dalam melakukan pengkodean diagnosa secara akurat berdasarkan ICD-10 dan mengacu kepada buku Pedoman Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Nasional. Keakuratan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem *case-mix* (PMK 26 Tahun 2021). Menurut Chatarina (2020), Pemberian kode sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG yang mana akan menampilkan jumlah biaya klaim yang akan diterima oleh rumah sakit, sehingga pemberian kode diagnosa dan prosedur disesuaikan dengan ketentuan BPJS Kesehatan

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Pending klaim pada RS Qim Batang Triwulan 4 Tahun 2022 terdapat 176 (5,47%) data pending klaim BPJS Rawat Inap dari 3219 berkas pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap. Penyebab ditundanya klaim BPJS Kesehatan yaitu karena kasus kode diagnose dan tindakan, kasus administrasi, dan kasus medis.

Pada Pending Klaim BPJS Rawat Inap karena aspek koding, persentase tertinggi terdapat pada faktor kesalahan kode dengan presentase 60%, reseleksi dengan persentase 21,66%, dan kode ganda sebesar 15,83%. Kesalahan reseleksi kode adalah kekeliruan penentuan diagnosis utama dan sekunder karena perbedaan persepsi antara tenaga medis dengan tenaga koder. Ketidaksesuaian kode terjadi karena adanya perbedaan persepsi antara dokter dengan verifikator sehingga sering terjadi ketidaksesuaian antara kode yang sudah dibuat oleh koder dengan hasil verifikasi BPJS.

### Saran

Pending klaim akan menimbulkan kerugian bagi rumah sakit karena tertundanya penggantian biaya pelayanan dari BPJS Kesehatan. Oleh karena itu diperlukan evaluasi secara kontinyu melalui pertemuan atau rapat koordinasi antara tenaga medis, petugas casemix, dan verifikator BPJS untuk menyamakan persepsi tentang data klaim. Manajemen rumah sakit juga perlu melakukan pelatihan secara berkelanjutan kepada petugas pengisi data medis dan petugas koding/casemix agar lebih meningkatkan pengetahuan tentang kualitas dan keakuratan data rekam medis khususnya data klaim BPJS Kesehatan

### DAFTAR PUSTAKA

- Annisa Ramadhani. 2020. Analisis Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pasien Rawat Inap Oleh BPJS Kesehatan di RS Panti Wilasa Dr. Cipto Semarang. DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
- BPJS Kesehatan. 2014. Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan, Jakarta.
- BPJS Kesehatan. 2018. Panduan Manual Pending Klaim INA-CBGs Edisi 2. BPJS Kesehatan, Jakarta.
- Chatarina Lantio Divina Turnip. 2020. Analisis Kode Diagnosa dan Prosedur Pada Pengembalian Berkas Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semarang Poltekkes Kemenkes Semarang.
- Hanif Zulfahmi. 2020. Tinjauan Komponen Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang.
- Kusumawati, Ayu Nadya, dan Pujiyanto. 2019. Faktor-faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. Cermin Dunia Kedokteran. <https://scholar.ui.ac.id/en/publications/faktor-faktor-penyebab-pending-klaim-rawat-inap/> Diakses : 14 Februari 2024
- Komisi Akreditasi RS. 2018. Instrumen Survey Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Latifah, Maulina, dan Anita Setiya Putri. 2021. Trend Pending Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan RS Panti Wilasa dr. Cipto Semarang. Emviro Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan, 1 : 3.

- Hatta, Gemala. 2022. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Maulida, Erlia Safa, dan Achmad Djunawan. 2022. Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. Media Kesehatan Masyarakat, 32 : 6.
- Menteri Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07-MENKES-312-2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi kesehatan. Kementerian Kesehatan, Jakarta.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2021. Peraturan Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbgs) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Kementerian Kesehatan Indonesia, Jakarta
- Presiden Republik Indonesia. 2011. Undang-Undang No. 24 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Presiden Republik Indonesia, Jakarta.
- Rahmadani, Titin. 2019. Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosa Utama Pada Pengembalian Berkas Klaim Pasien JKN Rawat Inap di RSUD Kraton Pekalongan. DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekes Semarang
- Sudaryono. 2018. Metodologi Penelitian. PT Rajagrafindo Persada, Depok
- Sugiyono. 2017. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. CV Alfabeta, Bandung.