

Analisis Kendala Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Majenang

Chaesya Isnaeni Putri¹, Agya Osadawedya Hakim², Arum Astika Sari³, Gunawan⁴

^{1,2,3}Universitas Muhammadiyah Purwokerto

Jl. Letjend Soepardjo Roestam Km.7 PO. Box 229 Purwokerto 53182

⁴Rumah Sakit Umum Daerah Majenang

Jl. Dr. Soetomo No. 54 Majenang, Kabupaten Cilacap, Jawa Tengah 53257

E-mail: ¹chaesya.isnaeni@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.33560/jmiki.v13i2.671>

Abstract

BPJS claims are submissions for treatment costs for BPJS participant patients by the hospital to BPJS Health, carried out collectively and billed to BPJS Health every month through a verification process by the BPJS Health verifier. If the verification results reveal that the file is incomplete, the claim will be declared as pending. At the Majenang Regional Hospital there are 371 (13.8%) files pending claims in the third quarter of 2023. This number is quite large and can occur due to various factors. This study aims to analyze the obstacles to submitting BPJS Health claims for inpatients at Majenang Hospital in terms of the 5M factors. The type of research used was qualitative research with descriptive research design. The results of the research found that the most common causes of pending claims were related to the completeness of supporting files, totaling 156 (42%) files. Obstacles in submitting claims for BPJS Health for inpatients as viewed from the 5M factors, namely: man factor: inaccuracy of officers in carrying out the claim submission process and differences in perception between DPJP, material: lack of claim submission requirements files, method: absence of SPO related to claim submission, machine : bridging system has not been implemented and computer performance has decreased, and money: no problems.

Keywords: BPJS, Claim Submission, Hospitalization.

Abstrak

Klaim BPJS adalah 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 melalui proses verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan. Apabila dari hasil verifikasi ditemukan adanya berkas yang tidak lengkap maka akan dinyatakan sebagai pending klaim. Di RSUD Majenang terdapat pending klaim sejumlah 371 (13,8%) berkas pada periode Triwulan III Tahun 2023. Jumlah tersebut cukup besar dan dapat terjadi karena berbagai faktor. Penelitian ini bertujuan menganalisis kendala pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang ditinjau dari faktor 5M. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan desain penelitian deskriptif. Hasil penelitian ditemukan penyebab pending klaim terbanyak terkait kelengkapan berkas penunjang sejumlah 156 (42%) berkas. Kendala dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang ditinjau dari faktor 5M yaitu: faktor *man*: ketidaktepatan petugas dalam melakukan proses pengajuan klaim dan perbedaan persepsi antar DPJP, *material*: kekurangan berkas persyaratan pengajuan klaim, *method*: belum adanya SPO terkait pengajuan klaim, *machine*: belum diterapkan *bridging system* dan penurunan kinerja komputer, dan *money*: tidak terdapat kendala.

Kata kunci: BPJS, Pengajuan Klaim, Rawat Inap.

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup dengan layak dan produktif. Oleh karena itu, diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan mutunya yang dapat dilaksanakan melalui Program Jaminan

Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, sebagai upaya pemberian perlindungan kesehatan kepada peserta agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Program Jaminan Kesehatan

Nasional merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang pelaksanaannya melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang kepesertaannya bersifat wajib (PERMENKES No 28 Tahun 2014).

Menurut UU No 24 Tahun 2011, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Perpres No 82 Tahun 2018).

Klaim BPJS adalah 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 dkk., 2015). Pengajuan klaim tersebut melalui prosedur dan memerlukan persyaratan dalam proses pelaksanaannya dan harus diikuti oleh setiap fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan BPJS Kesehatan. Pelaksanaan pengajuan klaim oleh fasilitas kesehatan akan dilakukan verifikasi terlebih dahulu oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk menguji kebenaran dan kelengkapan administrasi pertanggungjawaban atas seluruh layanan perawatan pasien (PERMENKES No 28 Tahun 2014).

Berkas pengajuan klaim yang telah diunggah oleh rumah sakit akan dicek oleh verifikator BPJS. Apabila dari hasil verifikasi ditemukan adanya berkas yang tidak lengkap dan/atau dibutuhkan adanya data pendukung administratif lainnya, maka BPJS Kesehatan menyatakan bahwa klaim tersebut termasuk dalam pending klaim (KEPMENKES No HK.01.07/MENKES/1112/2022). Berkas klaim yang mengalami pending tersebut akan dikembalikan dan dapat dilakukan perbaikan dan pengajuan kembali. Berdasarkan hal tersebut maka prosedur pengajuan merupakan tahap penting dalam pelaksanaan pengajuan klaim. Kendala-kendala yang terjadi dalam proses pengajuan klaim akan berpengaruh dalam kejadian pending berkas pengajuan klaim.

Identifikasi yang dilakukan terhadap kendala dalam pengajuan klaim dapat menggunakan unsur manajemen 5M (*man, material, method, machine, dan money*). Unsur manajemen 5M digunakan untuk menganalisis kendala dalam pengajuan Klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap karena setiap unsur tersebut memiliki peran penting dalam proses pelaksanaan pengajuan klaim sehingga dengan menganalisis kendala-kendala yang mungkin terjadi pada setiap unsur tersebut akan dapat mengidentifikasi permasalahan yang ada dan menentukan solusi yang tepat untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas proses pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.

Identifikasi faktor *man* merujuk pada sumber daya manusia atau petugas yang terlibat dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap, faktor *material* merujuk pada kelengkapan formulir rekam medis yang menjadi berkas syarat dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap, faktor *method* merujuk pada ketersediaan pedoman atau SPO sebagai panduan pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap, faktor *machine* merujuk pada sarana dan prasarana yang digunakan dalam melaksanakan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap, dan faktor *money* merujuk pada biaya kerugian yang ditimbulkan akibat berkas klaim yang mengalami pending (Triatmaja dkk., 2022).

Dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang masih terdapat 371 pengembalian berkas pengajuan klaim pada periode Triwulan III Tahun 2023. Penyebab pengembalian atau pending klaim paling banyak terkait kelengkapan berkas penunjang sejumlah 156 berkas. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan “Analisis Kendala Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Majenang”.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan desain penelitian deskriptif. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Majenang. Pengumpulan data dilakukan pada 20 November – 16 Desember 2023. Populasi dalam penelitian ini adalah pengembalian berkas klaim pending periode Triwulan III Tahun 2023

sejumlah 371 berkas. Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa hasil wawancara dan data sekunder berupa berkas lampiran pengembalian klaim pending periode Triwulan III Tahun 2023. Pengambilan sampel menggunakan teknik total sampling. Teknik pengumpulan data dengan observasi dan wawancara kepada kepala rekam medis, verifikator internal, dan koder. Penelitian ini bertujuan menganalisis

kendala pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang.

HASIL

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Majenang terkait rekapitulasi pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap periode Triwulan III Tahun 2023 sebagai berikut:

Tabel 1 Rekapitulasi Pengajuan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Triwulan III

Periode (2023)	Jumlah Pengajuan (berkas)	Layak (berkas)	Hasil Verifikasi		
			%	Pending (berkas)	%
Juli	795	670	84,3%	125	15,7%
Agustus	901	770	85,5%	131	14,5%
September	993	878	88,4%	115	11,6%

Berdasarkan tabel 1 total pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap pada periode Juli – September 2023 adalah 2.689 berkas dengan jumlah pengembalian atau pending klaim sejumlah 371 (13,8%) berkas.

Berkas pengajuan klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS atau dalam status pending tersebut dapat disebabkan oleh beberapa hal. Penyebab pengembalian atau pending klaim dikelompokkan sebagai berikut:

Tabel 2 Penyebab Pending Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Triwulan III

Penyebab Pending	Periode						Jumlah	%
	Juli	%	Agustus	%	September	%		
Kesesuaian administrasi	4	3,2%	12	9,1%	8	6,95%	24	6,5%
Ketepatan kode diagnosa	38	30,4%	49	37,4%	58	50,4%	145	39%
Ketepatan kode prosedur	4	3,2%	5	3,8%	13	11,3%	22	5,9%
Kelengkapan berkas penunjang	71	56,8%	51	38,9%	34	29,6%	156	42%
Ketepatan kode diagnosa dan Kesesuaian administrasi	2	1,6%	1	0,8%	0	0%	3	0,8%
Ketepatan kode diagnosa dankelengkapan berkas penunjang	4	3,2%	6	4,6%	1	0,9%	11	3%
Kelengkapan berkas penunjang dan kesesuaian administrasi	2	1,6%	1	0,8%	1	0,9%	4	1,2%
Ketepatan kode prosedur dan kelengkapan berkas penunjang	0	0%	3	2,3%	0	0%	3	0,8%
Ketepatan kode diagnosa dan kode prosedur	0	0%	3	2,3%	0	0%	3	0,8%

Berdasarkan tabel 2 penyebab pengembalian atau pending klaim terbanyak terkait kelengkapan berkas penunjang sejumlah 156 (42%) berkas. Berkas penunjang yang paling sering tidak dilampirkan

dalam berkas syarat pengajuan adalah hasil pemeriksaan penunjang EKG (*Echocardiography*) atau bacaan EKG.

Kendala pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi di RSUD Majenang terkait kendala dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang ditinjau dari faktor 5M yaitu:

1) *Man* (Manusia)

Faktor *man* dalam penelitian ini merupakan petugas yang berperan dalam proses pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap. Petugas pelaksana proses pengajuan klaim sudah sesuai dengan kompetensi, karena pendidikan petugas hampir semua merupakan lulusan rekam medis. Sehingga tidak terdapat kendala untuk pendidikan petugas. Seperti pernyataan berikut:

“...Untuk SDM menurut saya sudah cukup sih, karena yang di sini untuk RM hampir PMIK semua, beda mungkin kalo rawat jalan itu ada yang belum itu kan belum satu kompetensi” (Informan 2).

Kendala yang ada terkait faktor *man* dalam proses pelaksanaan pengajuan klaim yaitu mengenai ketidaktelitian petugas dalam melakukan proses pengajuan klaim juga terkait adanya perbedaan persepsi antara DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) satu dengan yang lain dalam melakukan penegakan diagnosa. Seperti pernyataan berikut:

“...Mungkin kalau DPJP itu mempunyai persepsi penegakan diagnosa berbeda-beda soalnya kan kaya ada yang DPJP senior ada yang terbaru” (Informan 3).

2) *Material* (Bahan)

Faktor *material* dalam penelitian ini merupakan berkas persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap. Masih terdapat pengembalian berkas klaim yang disebabkan karena ketidaklengkapan berkas pengajuan. Formulir yang paling banyak menyebabkan pengembalian adalah hasil pemeriksaan penunjang, khususnya hasil pemeriksaan atau bacaan EKG (*Echocardiography*) yang tidak dilampirkan dalam berkas pengajuan. Hal tersebut dapat menjadi kendala dalam proses pelaksanaan pengajuan klaim karena dapat menyebabkan pengembalian dan harus dilakukan perbaikan untuk pengajuan kembali.

Selain itu, kendala terkait faktor *material* dalam proses pelaksanaan pengajuan klaim yaitu terdapat ketidaksesuaian berkas rekam medis khususnya formulir resume medis pasien yang sudah tercetak dan akan digunakan sebagai berkas syarat pengajuan klaim manual dengan yang ada pada sistem atau VEDIKA (Verifikasi Digital Klaim), hal tersebutlah yang juga dapat menjadi penyebab pengembalian berkas pengajuan klaim. Seperti pernyataan berikut:

“...Mungkin kendalanya karena ketidaksesuaian antara berkas rekam medis yang masuk di sini itu kadang mungkin ada yang ngeprint dari ruangan itu berbeda dengan yang sudah dicetak” (Informan 3)

3) *Method* (Metode)

Faktor *method* dalam penelitian ini merupakan metode dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan, yaitu dengan berpedoman pada SPO (Standar Prosedur Operasional). Pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang belum terdapat SPO. Pelaksanaan pengajuan klaim selama ini dilakukan berdasarkan regulasi dan panduan dari BPJS Kesehatan serta perjanjian kerja sama antara RSUD Majenang dengan BPJS Kesehatan. Seperti pernyataan berikut:

“...Tidak ada SPO, kita adanya regulasi atau kesepakatan pengajuan dari BPJS kalau enggak kita dari MOU-nya kita dengan BPJS untuk pengajuan klaimnya kan ada” (Informan 1).

4) *Machine* (Mesin)

Faktor *machine* dalam penelitian ini adalah sarana dan prasarana yang digunakan dalam menunjang pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan terkait perangkat keras (*hardware*), perangkat lunak (*software*), dan integrasi sistem informasi. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi terkait sarana dan prasarana dalam pelaksanaan pengajuan klaim pasien rawat inap di RSUD Majenang masih terdapat kendala pada aplikasi dan kinerja komputer. Aplikasi yang digunakan untuk pengajuan klaim belum menerapkan bridging system antara SIMRS dengan aplikasi INA-CBG's, sehingga petugas harus melakukan dua kali proses penginputan data. Seperti pernyataan berikut:

“...Yang dimaksud bridging dari BPJS itu adalah kita mengentry di SIMRS sistem informasi kita dengan di INA-CBG's itu satu kali tetapi kalau di kita itu belum bridging dengan bukti itu kita masih SIMRS entry INA-CBG's juga entry jadi dua kali kerja” (Informan 1).

Selanjutnya, terkait komputer dalam pelaksanaan pengajuan klaim pasien rawat inap seiring waktu penggunaannya pasti akan mengalami penurunan kinerja. Hal-hal tersebut dapat menyebabkan kendala dalam pelaksanaan karena dapat memperlambat proses pengajuan klaim. Seperti pernyataan berikut:

“...Komputer kalau untuk saya pribadi yang memegang pengajuan disini agak lemot sih. Jadi mungkin inginnya tetap komputer memang diupgrade terbaru untuk CPU atau itunya harus ganti” (Informan 1)

“...Kondisi komputer itu sangat mempengaruhi kinerja kita di RME, misalkan sebelah komputer saya itu sudah kebaca di saya belum. Hal itu bukan karena sistem, ternyata butuh delay komputer satu dengan yang lain berbeda-beda” (Informan 2)

5) Money (Dana)

Faktor *money* dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap tidak terdapat kendala. Namun, akan terjadi kerugian pada keuangan rumah sakit apabila klaim yang diajukan banyak mengalami pengembalian berkas. Pengembalian berkas klaim tersebut juga berpengaruh pada keterlambatan pembayaran yang akan dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan. Seperti pernyataan berikut:

“...Kalau dari segi biaya riil rugi soalnya kalau pending itu sebenarnya dibayarkan tetapi nanti nilai nominal berkurang” (Informan 1).

PEMBAHASAN

Prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang

Pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang melalui prosedur sebagai berikut:

1) Pelayanan Administrasi dan Pelayanan Medis

Pembayaran pengajuan klaim dilakukan setelah berkas yang diajukan dinyatakan lengkap melalui proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan. Verifikasi tersebut terdiri dari verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan medis, verifikasi pelayanan, ataupun verifikasi menggunakan software aplikasi.

Dalam administrasi persyaratan pengajuan haruslah lengkap mencakup, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Billing (Biaya Layanan Perawatan), Surat Pengantar Rawat Inap, Resume Medis, Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur, Laporan Operasi, Laporan Transfusi, Laporan Tindakan, Asuhan Gizi, Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, Resep alat kesehatan, berkas pendukung lain yang diperlukan. Pelaksanaan rekam medis untuk pasien rawat inap di RSUD Majenang sudah menerapkan rekam medis elektronik. Sehingga berkas persyaratan pengajuan klaim tersebut sudah terdapat pada VEDIKA SIMRS.

Pencatatan dan pendokumentasian semua pelayanan medis yang diberikan kepada pasien haruslah dicatat dengan benar, jelas, dan lengkap melalui rekam medis, khususnya pada formulir resume medis pasien (ringkasan rawat inap) karena formulir inilah yang akan diajukan sebagai syarat pengajuan serta sebagai bagian yang digunakan dalam pengkodean diagnosa penyakit dan tindakan.

2) Pengkodean dan Penginputan

Berkas pasien rawat inap yang telah selesai pelayanan dikembalikan ke instalasi rekam medis oleh petugas administrasi ruangan dan diterima oleh bagian assembling. Petugas assembling melakukan verifikasi dengan memeriksa kelengkapan isi rekam medis mencakup seluruh bukti penunjang dan memastikan kesesuaian antara data pada rekam medis manual sesuai dengan yang tercatat pada sistem. Bagian assembling saat ini bertugas sebagai verifikator kelengkapan awal berkas persyaratan pengajuan klaim.

Berkas rekam medis yang sudah diperiksa kelengkapannya disetorkan ke koder untuk dilakukan pengkodean diagnosa penyakit dan

tindakan. Pengkodean tersebut dilakukan untuk rekam medis dari bangsal yang tidak terdapat kodernya, di RSUD Majenang terdapat 2 koder yang bertugas di bangsal yaitu Bangsal Melati (Penyakit Dalam) dan Bangsal Bougenville (Bedah Umum). Pengkodean dilakukan sesuai dengan yang tertulis pada ringkasan rawat inap atau resume medis pasien. Proses pengkodean penyakit berdasarkan ICD 10 dan untuk tindakan atau prosedur didasarkan pada ICD 9 CM.

Setelah dilakukan pengkodean selanjutnya adalah penginputan pada aplikasi E-Klaim INA-CBG's. Proses penginputan data pada E-Klaim dilakukan sekaligus oleh seorang koder, sehingga koder tidak hanya bertugas melakukan pengkodean akan tetapi juga dalam penginputan. Data yang diinput dalam aplikasi mengenai informasi klinis mencakup kode diagnosa primer, diagnosa sekunder, dan kode prosedur serta billing (biaya layanan perawatan) berdasarkan tarif rumah sakit yang berlaku. Penginputan dilakukan sampai dengan final klaim dan cetak klaim dengan sebelumnya telah dilakukan grouper.

3) Verifikasi Internal

Tahap selanjutnya setelah final klaim yaitu dilakukan verifikasi internal untuk memverifikasi data kelengkapan resume medis pasien dan berkas penunjang, memverifikasi kesesuaian diagnosa penyakit dan tindakan, memverifikasi kesesuaian billing (biaya layanan perawatan) dengan diagnosa penyakit dan prosedur, dan melakukan koreksi apabila terdapat klaim yang tidak sesuai pelayanan yang didapatkan pasien dengan bukti pelayanan yang diklaimkan ke BPJS Kesehatan. verifikasi internal bertujuan untuk memastikan kesesuaian pengajuan klaim yang ditinjau dari sisi administrasi, pengkodean, dan klinis, RSUD Majenang sendiri sudah terdapat dokter yang bertugas sebagai verifikator.

4) Pengajuan Klaim

Proses pengajuan klaim dilakukan oleh petugas verifikator melalui aplikasi V-Claim dengan mengirimkan TXT yang merupakan rekapan berkas pengajuan klaim dalam satu periode. Pelaksanaan pengajuan klaim untuk saat ini dilakukan secara terjadwal, hal tersebut merupakan upaya dari BPJS Kesehatan untuk

mengurangi adanya gangguan selama proses pengajuan klaim.

Apabila berkas persyaratan sudah diajukan maka pihak BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi atau disebut dengan purifikasi. Hasil verifikasi dari BPJS Kesehatan akan dilaporkan kepada rumah sakit 14 hari kerja setelah pengajuan tahap pertama. Berkas yang terdapat kekurangan dalam persyaratan akan dikembalikan dan dapat diajukan kembali pada pengajuan tahap kedua. Berkas yang mengalami pengembalian akan dilakukan perbaikan oleh petugas klaim, disesuaikan dengan permintaan BPJS Kesehatan terkait kesalahan atau kekurangan dalam pemberkasan tersebut.

Upaya yang dapat dilakukan terkait kendala dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang ditinjau dari faktor 5M

1) *Man* (Manusia)

Kendala dalam faktor *man* adalah terkait ketidaktepatan petugas dalam melakukan pengajuan klaim. Proses pelaksanaan penyelesaian klaim menuntut untuk dapat memberikan hasil kerja yang tepat dan akurat. Petugas pelaksana klaim yang tidak teliti dalam pelaksanaan klaim berpotensi menyebabkan pengembalian berkas klaim (Triatmaja dkk., 2022).

Selanjutnya terkait perbedaan persepsi antara DPJP dalam melakukan penegakan diagnosa dan pengkodean pada resume medis pasien. Menurut Nomeni dkk (2020), perlunya peningkatan persamaan persepsi mengenai diagnosa antara DPJP, koder rumah sakit, dan verifikator guna meminimalisir adanya ketidaksesuaian pengkodean dengan tujuan proses pengajuan yang tepat dan cepat.

Upaya yang dapat dilakukan terkait kendala-kendala tersebut adalah dengan melakukan pelatihan kepada petugas yang terlibat dalam proses pengajuan klaim guna menambah dan menyamakan pemahaman yang lebih baik mengenai pengajuan klaim, pentingnya ketelitian dalam melaksanakan tugas (pengkodean, penginputan, dan verifikasi), serta pemahaman yang mendalam mengenai kebijakan atau regulasi terkait dengan

pengajuan klaim. Pelaksanaan mekanisme kontrol, audit, dan evaluasi rutin dalam proses pengajuan klaim dengan tujuan dapat dengan segera mendeteksi kesalahan.

2) *Material* (Bahan)

Pengembalian berkas klaim menjelaskan bahwa masih terdapat kekurangan pada berkas persyaratan pengajuan yang telah dikirimkan. Menurut Triatmaja dkk (2022), kelengkapan berkas klaim merupakan syarat yang perlu diperhatikan dalam proses pengajuan klaim.

Kelengkapan dan kebenaran data yang terdapat pada resume medis merupakan bagian penting dalam proses pengajuan klaim. Hal tersebut sesuai dengan Sakinah dan Yunengsih (2021) yang menyatakan bahwa salah satu formulir penting dalam rekam medis yaitu adanya resume medis yang terisi dengan lengkap, tepat, dan akurat.

Upaya yang dapat dilakukan adalah lebih memperhatikan kembali proses pelaksanaan pengajuan klaim, khususnya terkait berkas persyaratan pengajuan klaim baik formulir manual maupun elektronik serta pengkodean diagnosa dan prosedur untuk meminimalkan jumlah pengembalian berkas klaim.

3) *Method* (Metode)

Pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang belum terdapat SPO yang mengatur pelaksanaan kegiatan pengajuan klaim tersebut. Pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap dilakukan dengan berpedoman kepada regulasi dan buku panduan milik BPJS Kesehatan serta perjanjian kerja sama antara pihak rumah sakit dengan BPJS Kesehatan.

Menurut Taufiq (2019), SPO adalah suatu standar baku yang memuat proses dan prosedur kegiatan yang efektif dan efisien serta merupakan gambaran mengenai langkah kerja yang diperlukan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi dalam mencapai tujuan rumah sakit. Oleh karena itu, unit rekam medis dapat mempertimbangkan pembuatan SPO terkait pengajuan klaim. Selain sebagai pedoman pelaksanaan melalui SPO tersebut dapat memberikan pemahaman tugas dan fungsi seluruh pihak yang terlibat dalam proses pengajuan klaim.

4) *Machine* (Mesin)

Kendala pada faktor *machine* yaitu aplikasi yang digunakan belum *bridging system* dan penurunan kinerja komputer. Rumah sakit sebaiknya dapat dengan segera melakukan pengajuan terkait penerapan *bridging system* karena dengan *bridging system* tersebut diharapkan proses pelaksanaan pengajuan klaim akan semakin cepat, tepat, dan akurat. Sebab penerapan *bridging system* tersebut menjadikan akurasi data semakin lebih baik serta proses verifikasi dan pengolahan data menjadi lebih cepat.

Penerapan *bridging system* bertujuan untuk meningkatkan akurasi data dan informasi layanan serta menciptakan transparansi pencatatan pembiayaan karena perekaman data yang sama di setiap sistemnya (Nikmah, 2021). Oleh karena itu, penerapan *bridging system* dapat dengan segera direalisasikan karena dalam pelaksanaannya tidak hanya mempercepat proses pelaksanaan pengajuan klaim tetapi juga dapat meminimalisir adanya kesalahan (*human error*) dalam penginputan.

Terkait penurunan kinerja komputer, upaya yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan upgrade *PC*. Hal tersebut dilakukan guna peningkatan kinerja komputer yang sebelumnya lambat menjadi lebih cepat. Melalui peningkatan kinerja komputer ini akan sangat berpengaruh pada percepatan proses pelaksanaan pengajuan, karena saat ini hampir seluruh proses pengajuan klaim dilakukan oleh sistem.

5) *Money* (Dana)

Pada faktor *money* tidak ditemukan kendala dalam proses pengajuan klaim. Tetapi akan menjadi sebuah kerugian bagi pihak rumah sakit apabila dalam pelaksanaan pengajuan klaim tersebut pada proses verifikasi mengalami banyak pengembalian berkas klaim. Pengembalian berkas klaim akan berpengaruh pada keterlambatan pembayaran dan pengurangan tarif yang dibayarkan. Hal ini sesuai dengan penelitian Amalia dkk (2023) menyatakan bahwa tidak ada yang menjadi kendala dalam unsur *money* akan tetapi, jika terdapat pengembalian berkas klaim yang diajukan dan harus diperbaiki maka akan terjadi selisih tarif yang ditentukan di awal dengan tarif yang didapatkan di akhir.

SIMPULAN

Berdasarkan analisis terhadap kendala pengajuan klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap yang ditinjau dari faktor 5M, dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa kendala yang dapat mempengaruhi efisiensi dan keberhasilan proses pengajuan klaim. Kendala faktor *man* adalah ketidaktelitian petugas dalam melakukan proses pengajuan klaim yang mengakibatkan terjadinya human error serta adanya perbedaan persepsi antar DPJP. Faktor *material* yaitu adanya kekurangan pada berkas persyaratan pengajuan klaim yang dapat menyebabkan pengembalian (pending) klaim. Faktor *method* terkait belum adanya SPO yang mengatur proses pelaksanaan pengajuan klaim. Faktor *machine* karena belum diterapkannya *bridging system* dan penurunan kinerja komputer yang memperlama proses pengajuan klaim. Selanjutnya, untuk faktor *money* tidak ditemukan kendala dalam proses pengajuan akan tetapi akan menjadi sebuah kerugian bagi rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit dapat melaksanakan evaluasi secara berkala terkait proses pelaksanaan pengajuan klaim untuk mengetahui kendala atau masalah-masalah yang terjadi dalam pelaksanaannya sehingga dapat ditemukan solusi yang tepat untuk mengatasi kendala-kendala tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, I., Fannya, P., Viatiningsih, W., & Aula Rumana, N. (2023). Gambaran Prosedur Klaim Peserta Rawat Inap Bpjs Kesehatan Di Rspad Gatot Subroto Tahun 2022. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 3(4), 359–376. <https://doi.org/10.59141/cerdika.v3i4.578>.
- Ardhitya; Agus Perry. (2015). Faktor-Faktor Yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. *Jurnal Universitas Dian Nuswantoro*, 2(2), 1–10.
- HK.01.07/MENKES/1112/2022, K. N. (2021). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor NOMOR HK.01.07/MENKES/1112/2022 Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien. *Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien*, 2019, 1–83.
- Kemenkes RI. (2014). Permenkes RI No. 28 tentang Pedoman Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Departemen Kesehatan RI*, 1–48.
- Nikmah, U. dkk. (2021). Tinjauan keterlambatan pengajuan klaim pelayanan rawat inap pasien BPJS kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kata Bengkulu periode Januari-Maret tahun 2021. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (Health Information Management)*, 24(2), 168.
- Nomeni, H. E., Sirait, R. W., & Kenjam, Y. (2020). Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe. *Media Kesehatan Masyarakat*, 2(2), 1–14. <https://doi.org/10.35508/mkm.v2i2.2795>.
- Perpres No.82. (2018). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53, 1689–1699.
- Sakinah, A., & Yunengsih, Y. (2021). Analisis Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap BPJS terhadap Kelancaran Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Melania Bogor. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2(4), 70–77. <https://doi.org/10.31004/jkt.v2i4.2665>.
- Taufiq, A. R. (2019). Penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit. *Jurnal Profita*, 12(1), 56. <https://doi.org/10.22441/profita.2019.v12.01.005>.
- Triatmaja, A. B., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2022). Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan di RSUD Haji Surabaya. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 3(2), 131–138. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i2.2252>.
- UU RI Nomor 24. (2011). UU no 24 tahun 2011 tentang BPJS.