



## Pengembangan Model Pengelolaan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Kota Kendari

Muhamad Asrul<sup>1\*</sup>, Hilma Yuniar Thamrin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari, Indonesia

\*Corresponding author email: [-asrulasha@yahoo.com](mailto:-asrulasha@yahoo.com)

### Article Info

#### Article history:

Received July 29, 2025  
Approved August 30, 2025

#### Keywords:

BPJS Claims, JKN, Inpatient Care

#### ABSTRACT

To improve health services in Indonesia, the government established the Social Security Organizing Agency (BPJS) which is tasked with organizing the National Health Insurance (JKN) for all Indonesian citizens. The problem that occurs at Kendari City Hospital is that there are still many claims that experience payment delays. The large number of delays in payment of claims submitted by Kendari City Hospital to BPJS health that occur every month will certainly affect the operational costs of the hospital. This study aims to determine the development of an inpatient BPJS Health claim management model at Kendari City Hospital. The research design uses a qualitative approach to identify problems and find solutions to solve obstacles to submitting inpatient claims. This research was conducted at Kendari City Hospital and BPJS Kesehatan Kendari branch with a total of 16 informants. The sampling technique used in this study was purposive sampling, the criteria for informants in this study were officers who had understanding or knowledge and were directly involved in completing the inpatient claim file documents. The results of this study indicate that by adding the stages of the medical internal verifier process as a controlling phase in the process of observing the implementation of all BPJS inpatient claim management activities to ensure that all stages of the inpatient claim management model carried out run in accordance with predetermined coding rules. The internal medical verifier has an advantage because it is a strength in claims management, as a good communication negotiator between the hospital internal verifier and BPJS Health aims to find solutions that are acceptable to the Kendari City Hospital as a service provider and BPJS Health as a patient service guarantor.

#### ABSTRAK

Peningkatkan jaminan pelayanan kesehatan di Indonesia pemerintah menetapkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bertugas sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh warga negara Indonesia. Permasalahan yang terjadi di RSUD Kota Kendari yaitu masih banyak ditemukan klaim yang mengalami penundaan pembayaran. Besarnya jumlah penundaan pembayaran klaim yang diajukan RSUD Kota Kendari ke BPJS kesehatan yang terjadi setiap bulan tentu hal ini akan berpengaruh pada biaya operasional rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengembangan model pengelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Kota Kendari. Rancangan penelitian menggunakan pendekatan kualitatif berfokus pada kemampuan mengidentifikasi permasalahan serta mencari solusi untuk menyelesaikan hambatan dalam pengajuan klaim rawat inap. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Kendari dan BPJS Kesehatan cabang Kendari dengan jumlah 16 informan. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive*

*sampling*, kriteria informan dalam penelitian ini adalah petugas yang memiliki pemahaman atau pengetahuan dan terlibat langsung dalam penyelesaian dokumen berkas klaim rawat inap. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan menambahkan tahapan proses verifikasi internal medis sebagai fase pengendalian (*controlling*) dalam proses pengamatan pelaksanaan seluruh kegiatan pengelolaan klaim BPJS rawat inap untuk menjamin agar semua proses tahapan model pengelolaan klaim rawat inap yang dilakukan berjalan sesuai dengan kaidah — kaidah koding yang telah ditentukan. Verifikator internal medis memiliki keunggulan karena merupakan kekuatan dalam pengelolaan klaim, sebagai sebagai negosiator yang membangun komunikasi yang baik antara Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), koder, penanggung jawab ruangan dan verifikator BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk mencari solusi yang dapat diterima oleh RSUD Kota Kendari sebagai provider pemberi layanan dan BPJS Kesehatan sebagai penjamin layanan pasien.

Copyright © 2025, The Author(s).

This is an open access article under the CC-BY-SA license



**How to cite:** Asrul, M., & Thamrin, H. Y. (2025). Pengembangan Model Pengelolaan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Kota Kendari. *Jurnal Ilmiah Global Education*, 6(3), 2166–2181. <https://doi.org/10.55681/jige.v6i3.4193>

## PENDAHULUAN

Manajemen merupakan kegiatan yang meliputi memperkenalkan, merencanakan, mengorganisasikan, memimpin, mengkoordinasikan, mengendalikan, memperkirakan, mempertimbangkan masa depan serta menyusun rencana aktivitas dalam sebuah organisasi (Daft 2020). Dalam menjalankan proses administrasi, rumah sakit memiliki beberapa rangkaian kegiatan yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, dan penilaian sehingga tuntutan dan kebutuhan yang berkaitan dengan pelayanan (Kartikasari 2019).

Peningkatan jaminan pelayanan kesehatan di Indonesia pemerintah menetapkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bertugas sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi seluruh warga negara Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional berlaku sejak 1 Januari 2014, berupa perlindungan kesehatan agar pesertanya memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan hukum dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. JKN diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran yang disebut JKN Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) dan iurannya dibayarkan oleh pemerintah atau yang disebut JKN Penerima Bantuan Iuran (PBI). Sejak awal dilaksanakan JKN hingga saat ini JKN masih banyak mengalami berbagai permasalahan yang disebabkan oleh rendahnya pengetahuan masyarakat tentang regulasi JKN (Hasbullah 2014).

Undang – undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak setiap peserta dan anggota keluarganya. Pelayanan bagi peserta BPJS kesehatan dapat dilakukan mulai dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) hingga Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), memiliki acuan atau pedoman yang jelas dalam menyelenggarakan pelayanan BPJS kesehatan. Guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, pemerintah menetapkan Peraturan Presiden nomor 59 Tahun 2024 perubahan ketiga dari Pepres 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan perubahan Pepres. 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 kesehatan yang dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah (Perpres 2019).

Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan, diketahui bahwa pada tahun 2021 sebesar 86,07% atau sebanyak 235,719 juta jiwa, tahun 2022 tercatat sebesar 248.077.00 jiwa sertara dengan 90,70% dari jumlah penduduk Indonesia sebanyak 270.020.000 jiwa. Sulawesi Tenggara mencapai angka 1.466.999 jiwa atau 86,94% dari total penduduk sebanyak 1.687.466 jiwa (BPJS Kesehatan, 2022).

Keberadaan rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan oleh masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang bermutu, aman, efisien dan terjangkau oleh masyarakat. Rumah sakit sebagai provider tingkat lanjutan sangat dibutuhkan karena keseluruhan hasil rujukan dari FKTP penanganan lanjutan dilakukan di rumah sakit. Peserta asuransi jaminan kesehatan sosial berhak mendapat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dilakukan di puskesmas atau dokter keluarga di klinik, sedangkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan baik untuk Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) diselenggarakan oleh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan.

RSUD Kota Kendari merupakan mitra BPJS kesehatan cabang Kendari dalam hal Kerjasama penyelenggaraan program jaminan kesehatan serta pengelolaan dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta. Dalam rangka wujudkan percepatan pegelolaan pengajuan klaim maka diperlukan suatu kegiatan administrasi melalui pengelolaan, pengawasan yang teratur, sistematis dan didukung sistem informasi yang dikelola dan dikembangkan sebagai penunjang dalam upaya pengelolaan klaim. Upaya yang dilakukan RSUD Kota Kendari dengan menyiapkan kelengkapan dokumen klaim yang dipersyaratkan oleh BPJS kesehatan, namun masih banyak ditemukan beberapa kekurangan dalam hal penyediaan kelengkapan pengajuan klaim seperti ketidaklengkapan dokumen administrasi pasien.

Permasalahan yang terjadi di RSUD Kota Kendari yaitu masih banyak ditemukan klaim yang mengalami penudaan pembayaran. Berdasarkan data 3 tahun terakhir kasus klaim pending pada tahun 2022 berjumlah 1.160 klaim (13,22%) dari total 8.771 klaim atau senilai Rp.5.550.818.900,- (Lima milyar lima ratus lima puluh juta delapan ratus delapan belas ribu sembilan ratus rupiah) belum didapat dibayarkan karena belum sesuai dengan kaidah dan ketentuan yang berlaku. Pada tahun 2023 berjumlah 565 kalim (7,63%) dari total 7.396 atau senilai Rp. 3.120.686.400,- (Tiga milyar seratus dua puluh juta enam ratus delapan puluh enam ribu empat ratus rupiah) dan Tahun 2024 (periode Januari – Agustus ) berjumlah 547 klaim (6,63%) dari total 8.248 klaim atau senilai Rp. 2.481.655.959,-. (RSUD kota Kendari, 2024).

Besarnya jumlah penundaan pembayaran klaim yang diajukan RSUD Kota Kendari ke BPJS kesehatan yang terjadi setiap bulan tentu hal ini akan berpengaruh pada biaya operasional rumah sakit. Namun demikian tidak semua klaim BPJS yang diajukan ditunda pembayarannya, hanya bekas yang tidak lengkap atau tidak sesuai yang ditunda pembayarannya. Beberapa rumah sakit pemerintah daerah tipe B dan C melaporkan penundaan pembayaran klaim rawat inap sebesar 3 – 35,4% per bulannya. Penundaan pembayaran klaim baik rawat jalan maupun rawat inap, dapat disebabkan oleh ketidaksesuaian administrasi dan koding diagnosa.

Beberapa permasalahan yang menyebabkan penundaan pembayaran klaim BPJS kesehatan di RSUD Kota Kendari yaitu ketidaklengkapan administrasi dan dokumen penunjang layanan, ketidaksesuaian kode diagnosa, ketidaklengkapan penulisan resume medik oleh Dokter Penganggung Jawab Pasien (DPJP) dan kurangnya pemahaman verifikator terhadap kaidah koding. Ketidaklengkapan adminitrasi merupakan salah satu penyebab penundaan pembayaran

klaim. Adminitrasi berupa Surat Eligibilitas Peserta (SEP) kesalahan penulisan nomor SEP. Studi di RS TK 02.07.02 Lahat Sumatera Selatan menemukan bahwa proporsi kesalahan adminitrasi pada kasus klaim BPJS Kesehatan mencapai 52% dari seluruh kasus (Pitaloka and Ningsih 2021). Studi penelitian yang dilakukan di RSUD M. Zein Painan dengan menganalisis kelengkapan berkas klaim, kelengkapan rekam medis dengan penundaan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Studi ini menemukan bahwa ada hubungan signifikan antara kelengkapan rekam medis atau resume medis dengan pembayaran klaim BPJS kesehatan dengan nilai  $p: 0,019$  (Rahmatika, Sulrieni *et al.* 2021).

Risiko perselisihan antara RSUD Kota Kendari dengan BPJS Kesehatan karena besarnya klaim yang ditunda pembayarannya setiap bulannya. Rata-rata perbulannya berjumlah 100 kasus klaim yang ditunda pembayarannya. Perselisihan atas perjanjian kerja sama dapat terjadi karena adanya wanprestasi oleh salah satu pihak. Menurut (Subekti 2005), wanprestasi adalah apabila si berhutang tidak melakukan apa yang dijanjikannya maka ia dikatakan melakukan wanprestasi, alpa atau lalai atau ingkar janji atau juga ia melanggar perjanjian, bila ia melakukan atau berbuat sesuatu yang tidak boleh dilakukannya. Menyebutkan bahwa pelaksanaan kewajiban yang tidak tepat pada waktunya atau dilakukan tidak menurut selayaknya dapat dikatakan sebagai wanprestasi. Bahkan dalam ranah hukum perdata wanprestasi merupakan salah satu bentuk malpraktek sehingga dalam pelaksanaan perjanjian antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan harus dilaksanakan dengan prinsip kehati-hatian.

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Kendari dengan alasan bahwa berdasarkan studi pengambilan data awal ditemukan pengajuan klaim pending BPJS pasien rawat inap tahun 2022 berjumlah 1.140 klaim atau (13,22%) dari total klaim yang diajukan, tahun 2023 terdapat 565 kasus penundaan klaim atau (7,63%) dari total klaim yang diajukan dan pada tahun 2024 berjumlah 547 klaim (6,63%). Berkas klaim pending ini disebabkan belum lengkap atau tidak sesuai berdasarkan hasil verifikator BPJS sehingga perlu direvisi kembali oleh petugas casemix. Beberapa faktor yang ditemukan yang berkaitan dengan penundaan pembayaran klaim ini adalah kelengkapan administrasi, kemampuan dan ketelitian koder, kelengkapan penulisan resume medis oleh DPJP, komunikasi yang baik antara DPJP dan koder, penambahan tenaga verifikator internal medis, dukungan sarana dan prasarana.

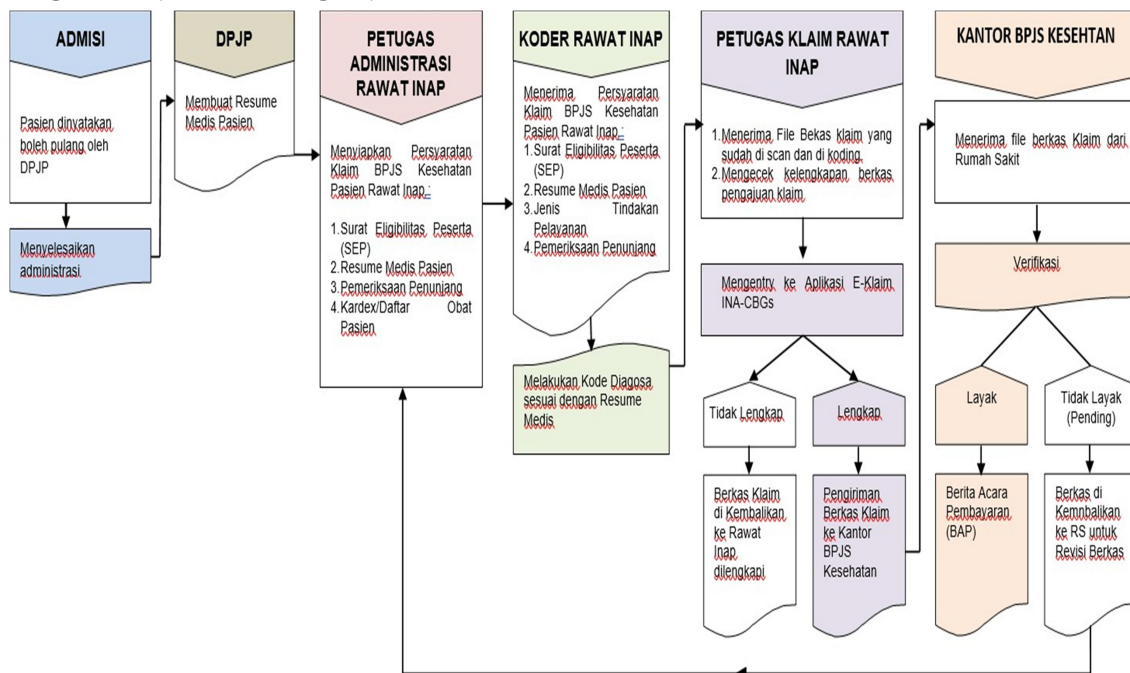
Penelitian ini berusaha mengamati proses manajemen pengelolaan dalam menilai kualitas pengelolaan klaim BPJS kesehatan meliputi input, process dan output. Pengelolaan klaim tentu dipengaruhi oleh beberapa faktor antara yaitu 1) faktor yang menghambat pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap; 2) pengembangan model pengelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat inap RSUD Kota Kendari. Pertimbangan peneliti dalam melakukan penelitian tentang pengelolaan klaim BPJS Kesehatan ini untuk mengungkap lebih dalam terhadap faktor – faktor memiliki saling keterkaitan dan proses manajemen pengelolaan klaim secara efektif sehingga dapat meminimalkan angka penundaan pembayaran klaim rawat inap.

Penelitian ini mengembangkan model pengelolaan klaim rawat inap dengan menambahkan tahapan proses verifikator internal medis yang menjadi kebaruan dalam penelitian. Peran verifikator internal medis ini dapat membangun 21 komunikasi antara RSUD Kota Kendari dan BPJS kesehatan, menyajikan fakta secara sistematis agar lebih mudah dimengerti terkait pengelolaan klaim.

**METODE**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk mengidentifikasi permasalahan serta mencari solusi untuk menyelesaikan yang menjadi hambatan pengajuan klaim rawat inap. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Kendari dengan tujuan untuk mengembangkan model pengelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat inap RSUD Kota Kendari yang efektif dan efisien. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Kendari dan BPJS Kesehatan cabang Kendari dengan jumlah 16 informan. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, kriteria informan dalam penelitian ini adalah petugas memiliki pemahaman atau pengetahuan dan terlibat langsung dalam penyelesaian dokumen berkas klaim rawat inap. Teknik pengumpulan data yang digunakan melalui wawancara, pengamatan serta dokumentasi yang kemudian diinterpretasikan dan ditarik kesimpulan dari data atau kajian teori yang mendukung hasil temuan dalam penelitian ini. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini mencakup transkrip hasil wawancara, reduksi data, analisis, interpretasi data dan triangulasi. Data yang telah dikumpulkan dalam aneka macam cara (observasi, wawancara, intisari dokumen, pita rekaman) dan akan diproses terlebih dahulu sebelum siap digunakan (melalui pencatatan, pengetikan, penyuntingan, atau alih – tulis), tetapi analisis kualitatif tetap menggunakan kata – kata yang biasanya disusun ke dalam teks yang diperluas, selanjutnya akan dianalisis menggunakan metode analisis kualitatif.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**



Model Pengelolaan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap RSUD Kota Kendari

## **Identifikasi Faktor Penghambat Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Kota Kendari**

### **1. Lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP)**

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi proses pelayanan administrasi pasien RSUD Kota Kendari sudah menggunakan aplikasi SIMRS online, pasien cukup memperlihatkan identitas berupa KTP dan surat rujukan dari puskesmas atau surat pengantar rawat inap untuk masukan di rekam medis. Rekam medis adalah dokumen yang berisikan identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Proses pelayanan administrasi pasien pengajuan klaim BPJS kesehatan rawat inap RSUD Kota Kendari yaitu ketidaklengkapan administrasi merupakan salah satu penyebab penundaan pembayaran klaim JKN oleh BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan, (Pitaloka and Ningsih 2021) dengan objek penelitian yang sama dengan tujuan mengetahui faktor – faktor penghambat penundaan pembayaran klaim. Permasalahan kekurangan dokumen administrasi dan penunjang layanan disebutkan dalam 21 publikasi. Studi yang dilakukan Sitorus dkk. tahun 2022 di RSUD tipe B di Binjai Sumatera Utara menemukan bahwa sekitar 5,95% penundaan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan terjadi akibat ketidaklengkapan administrasi pasien. Studi lain di RS TK 02.07.02 Lahat di Sumatera Selatan menemukan bahwa proporsi kesalahan administrasi pada kaus klaim JKN yang ditunda pembayarannya oleh BPJS Kesehatan mencapai 52% dari seluruh kasus.

Bagian casemix RSUD Kota Kendari belum maksimal melakukan verifikasi rekam medis sebelum pengimputan melalui e-klaim sebaiknya dilakukan verifikasi kelengkapan dokumen klaim oleh verifikator internal rumah sakit. Apabila terdapat berkas klaim yang tidak lengkap, maka berkas akan dikembalikan ke ruang perawatan yang bersangkutan untuk dilengkapi dokumennya. Ruangan perawatan memiliki tugas menyiapkan kelengkapan dokumen pendukung sebelum dikumpulkan kembali ke bagian casemix.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan (Nilasari, Purwati *et al.* 2023) dengan objek penelitian yang sama yaitu *implementasi model of timeliness of BPJS claims on phenomenology study*. Keterlambatan 143 klaim BPJS pada tahun 2021 sudah ada 80%. Keterlambatan klaim BPJS karena kualitas tim yang kurang baik dari segi sumber daya manusia dan tidak akurat dan tidak lengkap resume medis.

### **2. Resume Medis Pasien**

Faktor penyebab keterlambatan pengisian resume medis karena DPJP sering kali menunda pengisian dengan alasan bahwa banyaknya pasien sehingga pekerjaan menumpuk mengakibatkan tertunda untuk mengisi resume medis pada saat pasien pulang. DPJP kadang menentukan sendiri koding diangosa mana yang sesuai sehingga kode yang ditetapkan DPJP kadang tidak sesuai dengan kaidah koding, akibatnya klaim yang diajukan di pending. Pada kenyataannya terkadang hanya menuliskan diagnosa utama dan diagnosa sekunder bila ada hasil pemeriksaan pendukung dan jenis obat yang diberikan. Pada format resume medis DPJP wajib membubuhkan tanda tangan sebagai tanda keaslian dokumen resume medis.

Hasil penelitian yang dilakukan sesuai yang dilakukan di RSUP Dr. Kariadi Semarang pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan berdasarkan formulir persetujuan klaim periode januari hingga juni 2021, disebabkan koding tidak akurat 1,26%, salah input data klaim 0,01%, ketidaklengkapan informasi pendukung diagnosis dan tindakan pada resume medis 0,31%, berkas klaim tidak lengkap 0,10%, gangguan sistem pada aplikasi Jasa Raharja 0,21 %, perbedaan

persepsi antara koder dan verifikator internal terhadap kaidah koding dan regulasi klaim 0.83%. (Sahir and Wijayanti 2022).

RSUD Kota Kendari sudah diberlakukan penulisan resume medis elektronik sejak Maret tahun 2023 sebagai pengganti resume medis manual atau tulisan tangan. Resume medik elektronik ini juga sebagai kelengkapan dokumen klaim pengajuan ke BPJS Kesehatan. Pengisian informasi klinis terintegrasi merupakan pengisian rekam medis elektronik dalam satu dokumen yang meliputi beberapa catatan informasi kesehatan pasien dari profesional pemberi pelayanan kesehatan dan waktu pemberian pelayanan kesehatan secara berurutan. Dalam proses pengisian melibatkan koder dalam menterjemahkan diagnosa DPJP dalam pemerian kode diagnosis berdasarkan ICD 10 dan ICD 9. Kendala yang ditemukan dalam proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu adalah keterlambatan dalam pengumpulan resume medis dan berkas penunjang diagnosa. Hal ini disebabkan karena menunggu jadwal DPJP visite dan disebabkan karena terbatasnya petugas administrasi ruang rawat inap hanya satu orang pada setiap ruangan dan computer hanya 1 unit sehingga penggunaan harus bergantian dengan pengimputan catatan perkembangan pasien dan asuhan keperawatan.

### **3. Laporan, Tindakan, Prosedur atau Laporan Operasi**

Berdasarkan data dari RSUD Kendari dari tahun 2022 – 2024 hari pengambilan data, berkas persyaratan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan yang pengajuan klaim masih ada sekitar 6 – 9 % berkas persyaratan klaim yang tidak lengkap, sehingga bisa dimasukkan ke Aplikasi E-Klaim INA-CBGs untuk pengajuan tahap kedua dengan melengkapi persyaratan yang masih kurang. Data laporan operasi yang tidak lengkap pada tahun 2024 berjumlah 137 kasus klaim.

Laporan operasi pada format rekam medis pasien meliputi identitas pasien, umur, nomor rekam medis, tanggal operasi, nama DPJP operator, asisten, interumentator, dokter anestesi, penata anestesi, diagnosa pra bedah, diagnosa pasca bedah, nama prosedur tindakan, jaringan atau cairan yang diambil, jaringan dikirimkan untuk pemeriksaan PA atau tidak, jumlah darah yang hilang, jumlah darah yang masuk lewat transfusi, jam mulai dan selesai operasi, lama operasi, ringkasan laporan operasi, nomor alat yang dipasang, tanggal, waktu dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab. Sebelum dokter operator meninggalkan kamar operasi, laporan operasi harusnya sudah ditulis dan ditandatangani.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan catatan rekam medis sebanyak 161 (84,3%) dan 30 (15,7%) berkas rekam medis tidak lengkap, tingkat klaim yang diklaim 161 (84,3%) dan 30 (15,7%) berkas memiliki klaim yang tertunda. Berdasarkan hasil uji statistik koefisien kontigensi terdapat pengaruh file balok untuk penyelesaian klaim =  $0,000 < \alpha$  (0,05), maka tolak  $H_0$ . Hal ini perlu adanya kebijakan dokter penanggung jawab setiap instalasi, perlu dilakukan sosialisasi kepada dokter DPJP agar lebih memahami pentingnya penggunaan rekam medis dan meningkatkan koordinasi dan komunikasi antara perawat dan dokter DPJP (Oktoriani, Sutrisno *et al.* 2018).

### **4. Hasil Pemeriksaan Penunjang**

Penundaan pembayaran klaim disebabkan diagnosa yang ditetapkan berdasarkan kode tidak didukung dengan pemeriksaan penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan hasil pemeriksaan radiologi dan tatalaksana pengobatan yang spesifik sesuai dengan diagnosa dituliskan oleh dokter penanggungjawab pasien. Beberapa pemeriksaan penunjang antara lain.

Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang medis dari hasil penelitian ditemukan 410 klaim yang diagnosa medisnya tidak didukung dengan hasil pemeriksaan penunjang. Beberapa

diagnosa seperti Osteomielitis tidak dilampirkan hasil pemeriksaan radiologi, Diagnosa Spinal stenosis tidak ada pemeriksaan radiologi, pemeriksaan darah rutin, urine, radiologi, *Elektrokardiogram* (EKG), *Ultrasonografi* (USG), *Computed tomography scan* (CT Scan, diagnosa *Typoid Fiver* dan DHF harus melampirkan pemeriksaan trombosit dibawah nilai normal atau 90.000/cmm, pemeriksaan penunjang untuk typoid seperti widal tes atau tubex tidak dilakukan, hasil *Skrining Hypotiroid Kongenital* (SHK), stroke non spesifik tidak dilampirkan dengan hasil score hasanuddin, dan diagnosa sirosis liver tidak dilampirkan tatalaksana pengobatannya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian, pengelolaan rekam medis pendukung klaim BPJS pelayanan rawat inap di RSUD Kota Semarang belum dapat dilakukan secara efisien dan tepat waktu, ketidakpatuhan dokter dalam mengisi berkas pendukung klaim berdampak pada keterlambatan proses dan pembayaran klaim, yang akan berdampak pada potensi cashflow keuangan rumah sakit. Rumah sakit belum menggunakan teknologi rekam medis elektronik yang dibutuhkan di dalam klaim JKN sesuai INA CBG's (Sahir and Wijayanti 2022).

Penelitian ini menyatakan bahwa seseuai antara teori dan fakta bahwa ketidaklengkapan data dukung hasil pemeriksaan penunjang medis BPJS Kesehatan akan menunda pembayaran klaim yang diajukan oleh rumah sakit. DPJP dan penanggung jawab ruangan bertanggung jawab untuk melengkapi dokumen data dukung kelengkapan pengajuan klaim pasien ke BPJS kesehatan, dengan demikian tentunya penundaan pembayaran klaim dapat diminimalisir. Cara lain adalah keterbukaan terhadap masalah dan seluruh informasi yang relevan dengan data dukung dalam pengajuan klaim, disampaikan juga ke verifikator BPJS Kesehatan sehingga ada kesepakatan antara koder dan verikator BPJS kesehatan apabila terjadi perbedaan pendapat atau ketidaksepakatan terkait kasus klaim pending yang di ajukan oleh rumah sakit.

### **Faktor Penghambat Pada Tahapan Proses Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan**

#### **1. Admisi**

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi proses pelayanan administrasi pasien pengajuan klaim BPJS kesehatan rawat inap RSUD Kota Kendari yaitu ketidaklengkapan administrasi merupakan salah satu penyebab penundaan pembayaran klaim JKN oleh BPJS Kesehatan. Terdapat dua permasalahan ketidaklengkapan administrasi pasien yaitu administrasi pasien berhubungan dengan pelayanan seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP) terlambat diterbitkan karena peserta JKN belum melunasi tunggakan pembayaran iuran JKN bagi peserta mandiri. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) bisa tidak lagi ditanggung pemerintah karena peserta sudah dianggap mampu, atau pemutakhiran data peserta tidak lagi dimasukkan sebagai peserta PBI, hal ini yang merupakan bukti bahwa pasien tersebut dapat ditagihkan sebagai pasien JKN atau surat perintah rawat inap, yang berhubungan erat dengan indikasi rawat inap, terutama pada pasien – pasien yang dirawat di perawatan gawat darurat.

Berkas yang menjadi persyaratan dalam pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Kota Kendari terdiri dari ; Surat Eligibilitas Pasien 155 (SEP) Rawat Inap, resume medis pasien rawat inap, rincian pembiayaan, laporan tindakan/operasi, hasil pemeriksaan penunjang, surat pengantar rawat inap, Laporan Individual Pasien (LIP), surat keterangan meninggal (apabila pasien pulang dengan keadaan meninggal), protokol terapi dan surat rujuk balik untuk pasien kronis, surat keterangan IGD (untuk pasien rawat inap yang masuk melalui IGD), batch obat (untuk pasien thalassemia, jika akan di top up), surat kronologis kejadian untuk pasien kecelakaan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan, (Pitaloka and Ningsih 2021) dengan objek penelitian yang sama dengan tujuan mengetahui faktor-faktor penghambat



penundaan pembayaran klaim. Permasalahan kekurangan dokumen administrasi dan penunjang layanan disebutkan dalam 21 publikasi. Studi yang dilakukan Sitorus dkk. tahun 2022 di RSUD tipe B di Binjai Sumatera Utara menemukan bahwa sekitar 5,95% penundaan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan terjadi akibat ketidaklengkapan administrasi pasien. Studi lain di RS TK 02.07.02 Lahat di Sumatera Selatan menemukan bahwa proporsi kesalahan administrasi pada kaus klaim JKN yang ditunda pembayarannya oleh BPJS Kesehatan mencapai 52% dari seluruh kasus

Bagian casemix RSUD Kota Kendari belum maksimal melakukan verifikasi rekam medis sebelum pengimputan melalui e-klaim sebaiknya dilakukan verifikasi kelengkapan dokumen klaim oleh verifikator internal rumah sakit. Apabila terdapat berkas klaim yang tidak lengkap, maka berkas akan dikembalikan ke ruang perawatan yang bersangkutan untuk dilengkapi dokumennya. Ruangan perawatan memiliki tugas menyiapkan kelengkapan dokumen pendukung sebelum dikumpulkan kembali ke bagian casemix.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan (Nilasari, Purwati *et al.* 2023) dengan objek penelitian yang sama yaitu implementasi model of timeliness of BPJS claims on phenomenology study. Keterlambatan klaim BPJS pada tahun 2021 sudah ada 80%. Keterlambatan klaim BPJS karena kualitas tim yang kurang baik dari segi sumber daya manusia dan tidak akurat dan tidak lengkap resume medis.

## **2. Dokter Penanggung Jawab Pasien**

Hasil penelitian menunjukkan faktor yang mempengaruhi klaim tertunda adalah ketidaklengkapan resume medis yang didominasi ketiadaan tanda tangan Dokter Penganggungjawab Pasien (DPJP) disebabkan didapatkan adanya tugas ganda pada case manager sehingga terjadinya keterlambatan dalam penyelesaian resume medis elektronik. Saran yang diajukan adalah penggunaan rekam medis elektronik, pemisahan tugas antara case manager dengan dokter ruangan, peningkatan kepatuhan case manager untuk menulis sejak awal data resume medis pasien antara lain dengan penilaian kinerja dan terintegrasi.

RSUD Kota Kendari sudah diberlakukan penulisan resume medis elektronik sejak Maret tahun 2023 sebagai pengganti resume medis manual atau tulisan tangan. Resume medik elektronik ini juga sebagai kelengkapan dokumen klaim pengajuan ke BPJS Kesehatan. Pengisian informasi klinis terintegrasi merupakan pengisian rekam medis elektronik dalam satu dokumen yang meliputi beberapa catatan informasi kesehatan pasien dari profesional pemberi pelayanan kesehatan dan waktu pemberian pelayanan kesehatan secara berurutan. Dalam proses pengisian melibatkan koder dalam menterjemahkan diagnosa DPJP dalam pemerian kode diagnosis berdasarkan ICD 10 dan ICD 9.

Kendala yang ditemukan dalam proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu adalah keterlambatan dalam pengumpulan resume medis dan berkas penunjang. Hal ini disebabkan karena menunggu jadwal DPJP visite dan disebabkan karena terbatasnya petugas administrasi ruang rawat inap hanya satu orang pada setiap ruangan dan computer hanya 1 unit sehingga penggunaan harus bergantian dengan pengimputan catatan perkembangan pasien dan asuhan keperawatan.

Pengisian rekam medis elektronik harus terisi lengkap mulai dari anamnesa sampai penulisan resume medis yang dilengkapi dengan tanda tangan DPJP. Resume medis elektronik dibuat dengan tujuan untuk memperjelas keterangan diangosa, tindakan, prosedur pelayanan, pengobatan dan hasil pemeriksaan penunjang yang diberikan kepada pasien. Rekam medis

elektronik ini tentu akan meminimalkan kesalahan koder dalam membaca resume medis guna pemberian kode diagnosa yang sudah ditetapkan oleh DPJP.

Hasil temuan penelitian ini sesuai dengan hasil yang dilakukan (Artanto 2018), dengan objek penelitian yang sama dengan tujuan mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh pada tertundanya klaim Badan Penyelenggara Kesehatan Sosial Kesehatan sesuai panduan klaim dan perjanjian kerjasama.

### **3. Tenaga Rekam Medis/Koder**

Penyebab penundaan pembayaran klaim di RSUD Kota Kendari yaitu kurang tenaga koder, kekurangan telitian koder dalam melakukan perubahan kode diagnosis sesuai data dukung yang ada di rekam medis, ketidaksepakatan antara koder dengan verifikator BPJS Kesehatan terkait kode diagnosis. RSUD Kota Kendari hanya memiliki 3 orang petugas koder yang bertugas melakukan koding diagnosa. Koder rawat inap hanya 1 orang sedangkan jumlah pasien yang rawat inap cukup yairu 1.000 klaim pasien per bulannya, akibatnya beban kerja koder tidak sebanding dengan kemampuan koder dalam meyelesaian tugasnya sebagai koder rawat inap. Petugas yang melakukan prosedur koder ini hanya dilakukan oleh 1 orang untuk klaim rawat inap rumah sakit.

Penambahan tenaga koder merupakan hal penting dalam proses manajemen di dalam organisasi rumah sakit karena bersifat membutuhkan banyak pekerja untuk mencapai tujuannya. Dalam kepersonaliaan, manajer RSUD Kota Kendari merekrut, memilih, memberikan orientasi dan meningkatkan perkembangan pengetahuan koder untuk mencapai tujuan yaitu meminimalkan penundaan pembayarab klaim. Selain itu tenaga koder ini harus profesional, terampil dan kompeten. Hal ini dapat menyebabkan penurunan ketelitian koder dalam melakukan tugasnya.

Hasil kajian secara empiris ternyata penundaan pembayaran klaim BPJS sangat berkaitan dengan jumlah tenaga dan ketepatan koder menetapkan kode diagnosa sesuai dengan kaidah koding, berikut beberapa teori dan hasil penelitian yang berkaitan dengan hal tersebut diatas. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan (Putri, Karjono *et al.* 2019) dengan obyek penelitian yang sama melakukan penelitian dengan tujuan menganalisis faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim asuransi BPJS kesehatan untuk pasien rawat inap. Hasil penelitian menunjukkan bahwa waktu penyelesaian 1 berkas klaim dimulai dari petugas verifikasi administrasi hingga penginputan berkas, memerlukan waktu 18:39:03 per mengajukan. Karena standar kelengkapan pada berkas klaim, terdapat 35% berkas yang belum lengkap yang harus dikembalikan ke ruang perawatan. Pengembalian berkas klaim tersebut ke ruang perawatan berpotensi menyebabkan keterlambatan pengisian klaim. Mengingat jumlahnya sumber daya manusia dan kompetensi petugas manajemen, kedua isu tersebut adalah juga berpotensi menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim. Selain itu, ada beberapa di antaranya petugas manajemen masih ada yang belum mengikuti pelatihan yang sesuai yang diperlukan sesuai dengan tugasnya.

### **4. Pengkodean**

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Maulida 2022) bahwa Sistem INA-CBG's merupakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi output pelayanan, berbasis pada data costing dan coding penyakit mengacu pada *International Classification of Disease (ICD)* yang disusun oleh WHO dengan acuan ICD 10-CM untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur. Dalam INA-CBG's terdapat 1075 kelompok tarif yang terdiri dari 786 tarif pelayanan rawat inap dan 289 tarif pelayanan rawat jalan. Pengelompokan kode

diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan *grouper United Nations University* (UNU Grouper). UNU Grouper adalah grouper case-mix yang dikembangkan oleh UNU Malaysia. Untuk tarif INA-CBGs dikelompokkan dalam 4 jenis RS, yaitu RS kelas D, C, B, dan A yang ditentukan berdasarkan akreditasi Rumah Sakit.

RSUD Kota Kendari sudah menggunakan rekam medik elektronik, akan tetapi tanda tangan elektronik DPJP pada formulir resume medis elektronik yang belum berfungsi online sepenuhnya sehingga menyebabkan proses pemasukan data ke sistem resume medis elektronik harus dilakukan secara manual dengan diketik lalu diprint untuk ditandatangani oleh DPJP. Temuan terhadap permasalahan yang sering dihadapi dalam proses kode dan entry data yaitu ketika berkas tidak lengkap maka harus dilengkapi terlebih dahulu. Akibat ketidaklengkapan persyaratan pengisian rekam medis dapat memperlambat proses pada klaim BPJS serta berkas akan menumpuk dan petugas diharuskan mengembalikannya ke setiap ruang rawat inap masing – masing untuk dilengkapi sehingga memakan waktu yang lama. Kelengkapan dari rekam medis mempengaruhi ketepatan kode penyakit dan tindakan. Tenaga koder sangat berpengaruh dalam pemberian kode untuk persetujuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap RSUD Kota Kendari.

### **5. Verifikator Internal Medis**

Hasil penelitian ini menemukan bahwa RSUD Kota Kendari belum ada tenaga khusus verifikator internal medis yang berperan melakukan proses verifikasi terhadap kesesuaian layanan, tindakan, kelengkapan resume medis, penunjangnya dan melakukan analisis kode yang diberikan pada setiap resume medis sebelum klaim dikirimkan ke BPJS Kesehatan. Adapun peran verifikator internal bertanggung jawab untuk memastikan kelengkapan dokumen rekam medis, termasuk dokumen resume medis dan dokumen pendukung kelengkapan sebelum pengajuan klaim dikirim ke BPJS Kesehatan. Verifikator internal berperan penting dalam proses melakukan verifikasi kesesuaian layanan, kelengkapan dokumen resume medis, pemeriksaan penunjang dan kelengkapan dokumen administrasi lainnya sebelum klaim di kirim ke BPJS Kesehatan.

Studi lain menemukan bahwa adanya verifikator internal yang kurang mumpuni karena tidak adanya pendidikan dan pelatihan khusus yang diberikan pada verifikator internal rumah sakit (Putri, Semiarty *et al.* 2020). Pentingnya peran verifikator internal medis ini melakukan proses verifikasi terhadap kesesuaian layanan, kelengkapan resume medis dan penunjangnya serta melakukan analisis terhadap kode yang diberikan pada setiap resume medis sebelum dikirimkan ke BPJS Kesehatan. Fungsi lain dari petugas verikator proses memberikan penjelasan tentang kaidah atau kriteria koding diagnosa disesuaikan dengan data dukung pemeriksaan labotaorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya, Memberikan penjelasan atau klarifikasi terkait klaim yang dipending oleh BPJS Kesehatan dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk membuat keputusan dalam penetapan klaim layak atau pending. Apabila terjadi klaim pending berarti ada ketidaksepakatan antara verifikator BJPS dengan tim casemix, sehingga dibutuhkan peran verifikator internal untuk melakukan negosiasi dengan BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Triwibowo, (2014) Negoisasi merupakan cara penyelesaian sengketa melalui musyawarah secara langsung antara pihak-pihak yang sedang berkonflik yang bertujuan untuk mencari solusi yang dapat diterima oleh pihak-pihak yang berkonflik. Negoisasi memiliki keunggulan karena dapat dilakukan tanpa melibatkan pihak lain dan memerlukan biaya dan waktu yang lebih efisien. Pihak yang berkonflik secara langsung bersama-sama mengemukakan solusi yang kemudian disepakati

secara bersama jika dianggap sudah memberikan hasil yang dapat diterima oleh pihak-pihak yang berkonflik

### **Pengembangan Model Pengelolaan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap RSUD Kota Kendari**

Model awal penegelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat inap RSUD Kota Kendari terdiri dari tahapan petugas admisi, DPJP, administrasi ruangan, koder dan pengimput klaim rawat inap. Pengembangan model dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat inap ini adalah penambahakan tahapan proses verifikator internal medis peran verifikator internal bertanggung jawab untuk memastikan kelengkapan dokumen rekam medis, termasuk dokumen resume medis dan dokumen pendukung kelengkapan sebelum pengajuan klaim dikirim ke BPJS Kesehatan.

Verifikator internal medis berperan penting dalam proses melakukan verifikasi keseuaian layanan, kelengkapan dokumen resume medis, pemeriksaan penunjang dan kelengkapan dokumen administrasi lainnya sebelum klaim di kirim ke BPJS Kesehatan. Kelengkapan pendukung pengajuan klaim rawat inap yang wajib dilakuan verifikasi meliputi ; identitas pasien, diagnosa masuk, indikasi pasien dirawat, ringkasan hasil pemeriksaan fisik, penunjang, diagosa akhir, daftar pengobatan, jenis tindakan atau prosedur, lembar surat eligibilitas peserta yang ditandatangani oleh peserta/keluarga atau cap jempol tangan peserta, resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh DPJP. Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi, Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan, surat perintah rawat inap, surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit, checklist klaim rumah sakit dan luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Verifikator internal medis bertugas memeriksa apakah klaim yang diajukan rumah sakit sesuai dengan kriteria dan tarif yang tercantum dalam INA-CBGs. Verifikator internal medis memiliki fungsi mengkomunikasikan klaim yang mengalami hambatan kepada manajemen rumah sakit, dokter, dewan pertimbangan medis dan tim kendali mutu kendali biaya dari BPJS Kesehatan. Selain peran diatas verifikator sebagai fasilitator dalam penyelesaian ketidakepakatan antara casemix RSUD Kendari dengan verifikator BPJS Kesehatan, melalui negosiasi secara langsung antara pihak – pihak yang tidak sepakat dalam kriteria dan kaidah koding yang bertujuan untuk mencari solusi yang dapat diterima oleh RSUD Kota Kendari sebagai provider pemberi layanan dan BPJS Kesehatan sebagai penjamin layanan pasien rawat inap.

Dari hasil evaluasi dianalisis dan memberikan solusi dari penyelesaian masalah sehingga menghasilkan pengembangan model pengajuan klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Kota Kendari terdiri dari 6 tahapan, yaitu admisi atau pendaftaran rawat inap, Dokter Penanggung Jawab pasien, petugas adminitrasi rawat inap, koder, petugas klaim rawat inap dan verifikator internal medis.

### **Temuan Kebaruan Penelitian**

Penambahan tahapan verifikator internal medis inilah yang menjadi kebaruan dalam penelitian ini. Tahapan verifikator internal sebagai fase pengendalian (*controlling*) dalam proses pengamatan pelaksanaan seluruh kegiatan pengelolaan klaim BPJS rawat inap untuk menjamin agar semua proses tahapan model pengelolaan klaim rawat inap yang dilakukan berjalan sesuai kriteria persyaratan dengan kaidah – kaidah koding dalam pengajuan klaim.

Penambahan tahapan verifikasi internal medis ini tidak berkaitan dengan waktu tunggu pelayanan pasien secara langsung, tetapi tahapan ini merupakan bagian dari proses pengelolaan

klaim untuk memastikan berkas administrasi klaim lengkap sebelum pengajuan. Verifikator internal medis berperan sebagai verifikator dan negosiator dalam membangun komunikasi yang baik antara DPJP, Koder, Penanggung jawab ruangan dan verifikator BPJS Kesehatan Fungsi komunikasi dari petugas verikator proses memberikan penjelasan tentang kaidah atau kriteria koding diagnosa seseuaikan dengan data dukung pemeriksaan laborataorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Memberikan penjelasan atau klarifikasi terkait klaim yang dipending oleh BPJS Kesehatan dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk membuat keputusan dalam penetapan klaim layak atau pending. Apabila terjadi klaim pending berarti ada ketidaksepakatan antara verifikator BJPS dengan tim casemix, sehingga dibutuhkan peran verifikator internal untuk melakukan perantara untuk mengkomunikasikan hal – hal yang berkaitan dengan klaim baik antara koder dan DPJP, koder dengan kepala ruangan atau koder dengan verifikator BPJS Kesehatan.

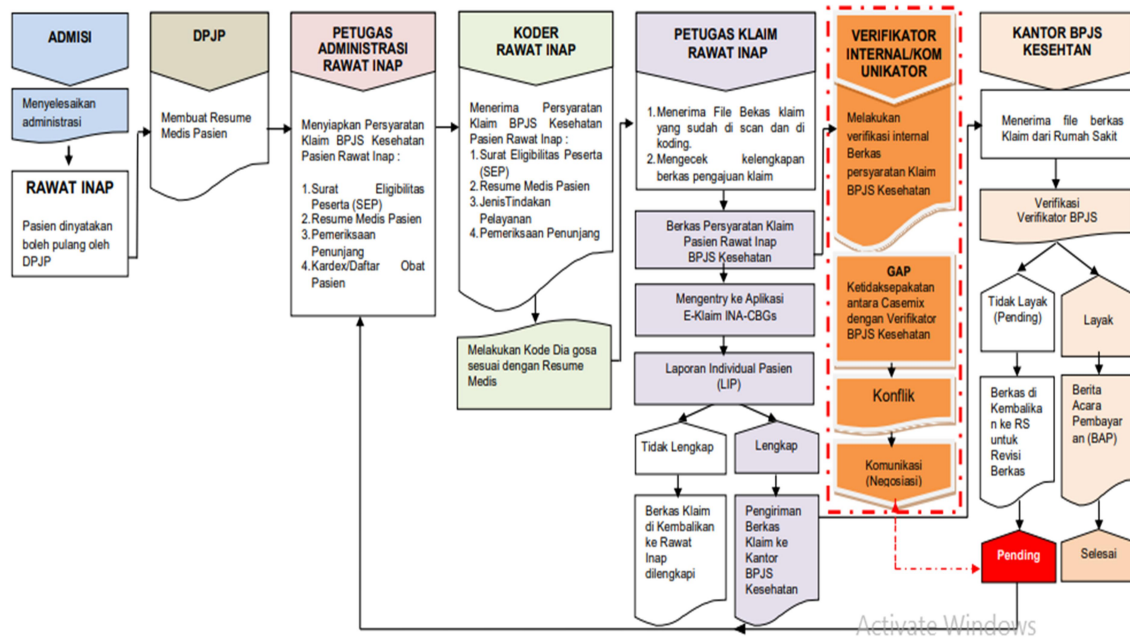
Verifikator berperan sebagai negosiator yang mencari cara penyelesaian ketidaksepakatan antara koder dengan verifikator BPJS Kesehatan melalui kesepakatan – kesepakatan secara langsung antara bagian casemix RSUD Kota Kendari dengan BPJS Kesehatan yang bertujuan untuk mencari solusi yang dapat diterima oleh pihak – pihak yang berkonflik.

Penyebab permasalahan klaim pending rawat inap yaitu masalah ketidaklengkapan administrasi berupa data hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, laporan tindakan, obat-obatan. Konflik terjadi karena tidak puas dari pihak RSUD Kota Kendari sebagai pemberi pelayanan kepada pasien peserta BPJS kesehatan yang ditolak atau ditunda pembayaran pengajuan klaim oleh BPJS Kesehatan. Apabila permasalahan ini tidak siselasaikan akan menjadi konflik yang berakibat pada pembiayaan operasional rumah sakit yang telah mengeluarkan biaya pelayanan kepada pasien.

Penyelesaian konflik dengan negoisasi memiliki keunggulan karena dapat dilakukan tanpa melibatkan pihak lain dan memerlukan biaya dan waktu yang lebih efisien. Pihak yang berkonflik secara langsung bersama – sama mengemukakan solusi yang kemudian disepakati secara bersama jika dianggap sudah memberikan hasil yang dapat diterima oleh pihak – pihak yang berkonflik.

Verifikator internal medis menjadi mediator yang menjadikan konflik sebagai suatu peluang untuk membantu mengkomunikasikan permasalahan yang terkait dengan kelengkapan berkas klaim, kode diagnosa antara DPJP dengan koder, koder dengan verifikator BPJS Kesehatan. Mediator mempermudah pertukaran informasi, mendorong terciptanya diskusi mengenai perbedaan persepsi, penafsiran terhadap kelengkapan administrasi, kode diagnosa penyakit pada klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan.

Verifikator internal medis yang berperan sebagai negosiasi yang memiliki kemampuan menangani prosedur mediasi yang efektif dan memiliki keahlian dalam pengelolaan dan verifikasi klaim BPJS kesehatan sehingga dapat membantu menyelesaikan permasalahan antara RSUD Kota Kendari dengan BPJS Kesehatan. Negosiasi menjadi alternatif penyelesaian masalah klaim pending sebagai jawaban ketidaksepakatan antara koder dengan verifikator BPJS Kesehatan.



### Kontribusi Penelitian

Penelitian ini dapat mengidentifikasi faktor penghambat dalam pengajuan klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Kota Kendari, yaitu ketidaklengkapan dokumen berkas klaim meliputi :

1. Lembar surat eligibilitas peserta yang ditandatangani oleh peserta/keluarga atau cap jempol tangan peserta atau validasi data secara elektronik berupa rekam biometric seperti rekam sidik jari (fingerprint) atau pengenalan wajah (face recognition).
2. Resume medis atau isi rekam medis paling sedikit terdiri atas informasi ; identitas pasien, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis, pengobatan, rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan, nama dan tandatangan dokter penanggung jawab pasien.
3. Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi.
4. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan seperti CT scan, foto thorax, laboratorium, Echo, USG, EEG, PA dan lain-lain.
5. Bukti pendukung lainnya misalnya pelayanan persalinan bukti pengambilan SHK, pelayanan hemofilia melampirkan bukti protokol terapi dan surat rujuk balik dari puskesmas, pelayanan ventilator melampirkan bukti flowsheet (lembar monitoring pemakaian ventilator). serta bukti pendukung lainnya.

Penelitian ini dapat mengidentifikasi faktor pendukung dalam pengajuan klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Kota Kendari meliputi :

1. Admisi
2. Dokter penanggungjawab pasien,
3. Koder
4. Penanggung jawab ruangan
5. Petugas klaim rawat inap
6. Verifikator internal medis

Penelitian ini mengembangkan model dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat inap RSUD Kota Kendari yang menjadi kebaruan dalam penelitian ini dengan menambahkan item verifikator internal medis dan membangun komunikasi yang baik antara verifikator internal rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Komunikasi negoisasi merupakan cara penyelesaian ketidaksepakatan antara casemix RSUD Kendari dengan verifikator BPJS Kesehatan, melalui negosiasi secara langsung antara pihak – pihak yang tidak sepakat dalam kriteria dan kaidah koding yang bertujuan untuk mencari solusi yang dapat diterima oleh RSUD Kota Kendari sebagai provider pemberi layanan dan BPJS Kesehatan sebagai penjamin layanan pasien rawat inap.

Fungsi negoisasi merupakan tanggungjawab verifikator internal diharapkan dari tenaga medis yang memiliki kemampuan komunikasi dan kompetensi medis untuk menyampaikan hal – hal yang berkaitan dengan klaim pending. Peran verifikator internal bertanggung jawab untuk memastikan kelengkapan dokumen rekas medis, termasuk dokumen resume medis dan dokumen pendukung kelengkapan sebelum pengajuan klaim dikirim ke BPJS Kesehatan.

Verifikator internal berperan penting dalam proses melakukan verifikasi keseuaian layanan, kelengkapan dokumen resume medis, pemeriksaan penunjang dan kelengkapan dokumen administrasi lainnya sebelum klaim di kirim ke BPJS Kesehatan. Verifikator internal medis memiliki keunggulan karena dapat memfasilitasi komunikasi dua arah antara DPJP dengan koder terkait koding diagnosa serta antara casemix sebagai pengelolah klaim RSUD Kota Kendari 177 dengan verifikator BPJS Kesehatan. Verikator Internal medis tanpa melibatkan pihak lain, tidak memerlukan biaya dan waktu yang lebih efisien. Negosiasi pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan yang secara langsung bersamasamamengemukakan solusi yang kemudian disepakati secara bersama jika dianggap sudah memberikan hasil yang dapat diterima berdasarkan kesepakatan sehingga penundaan klaim rawat inap dapat diminimalkan.

## **KESIMPULAN**

Penelitian ini mengembangkan model dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat inap menjadi kebaruan dalam penelitian ini dengan menambahkan tahapan proses verifikator internal medis sebagai fase pengendalian (*controlling*) dalam proses pengamatan pelaksanaan seluruh kegiatan pengelolaan klaim BPJS rawat Inap untuk menjamin agar semua proses tahapan model pengelolaan klaim rawat inap yang dilakukan berjalan sesuai dengan kaidah – kaidah koding yang telah ditentukan. Verifikator internal medis memiliki keunggulan karena merupakan kekuatan dalam pengelolaan klaim, sebagai sebagai negosiator komunikasi yang baik antara verifikator internal rumah sakit dan BPJS Kesehatan bertujuan untuk mencari solusi yang dapat diterima oleh RSUD Kota Kendari sebagai provider pemberi layanan dan BPJS Kesehatan sebagai penjamin layanan pasien.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Artanto, A. (2018). "Faktor-faktor penyebab klaim tertunda BPJS kesehatan RSUD dr. kanujoso djatiwibowo periode Januari–Maret 2016." *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia* 4(2).
- Daft, R. L. (2020). *Era Baru Manajemen New Era Of Management*. Jakarta : Salemba Empat.
- Hasbullah, T. d. (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Kartikasari, D. (2019). *Administrasi Rumah Sakit*. Malang : Wineka Media.

- Maulida, E. S. (2022). *Analisis Fungsi Manajemen Dalam Upaya Penanganan Pending Klaim Bpjs Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Universitas Airlangga*, STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo Surabaya.
- Nilasari, T., W. D. Purwati and R. A. Pamungkas (2023). "Implementation Model of Timeliness of BPJS Claims Based on Penomenology Study." *Jurnal Health Sains* 4(2): 44-55.
- Oktoriani, E. N., J. Sutrisno, E. Mayasari and M. A. Sodik (2018). "Analysis of medical record complete flexibility to complete claims of health BPJS RS Baptis Kota Batu." *Journal of Global Research in Public Health* 3(1): 46-53.
- Perpres (2019). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*.
- Pitaloka, S. and N. Ningsih (2021). "Penyebab pengembalian berkas klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim di Rumah Sakit TK 02.07. 02 Lahat." *Cerdika J. Ilm. Indones* 1(12): 1733-1741.
- Putri, N., R. Semiarty and N. A. Syah (2020). "Analisis Keterlambatan Pembayaran Klaim Bpjs Rawat Inap di RSUD Pariaman:(Studi Kasus)." *Berita Kedokteran Masyarakat* 36(12): 351-357.
- Putri, N. K. A., K. Karjono and S. A. Uktutias (2019). "Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro." *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo* 5(2): 134-143.
- Rahmatiga, C., I. N. Sulrieni and A. N. Sary (2021). "Kelengkapan berkas rekam medis dan klaim BPJS di RSUD M. Zein Painan." *Jurnal Kesehatan Medika Sainika* 11(1): 11-15.
- Sahir, L. and R. A. Wijayanti (2022). "Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN dengan Fishbone Diagram di RSUP Dr Kariadi." *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia* 10(2): 190-190.
- Subekti, R. d. R. T. (2005). *Hukum Perjanjian*. Jakarta, PT Intermedia.