

**ANALISIS PENUNDAAN PEMBAYARAN KLAIM PADA SISTEM  
VEDIKA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN  
DI RUMAH SAKIT NUR HIDAYAH YOGYAKARTA**

**ANALYSIS PENDING CLAIM PAYMENTS THE INDONESIAN NATIONAL  
HEALTH INSURANCE SYSTEM IN VEDIKA SYSTEM NUR HIDAYAH  
HOSPITAL YOGYAKARTA**

<sup>1</sup> Hendra Rohman\*, <sup>2</sup> Aris Wintolo, <sup>3</sup> Endang Susilowati

<sup>123</sup>Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia

**Info Artikel**

*Sejarah Artikel :*  
*Submitted:* 20 Mei  
 2019  
*Accepted:* 21 Mei  
 2021  
*Publish Online:* 24  
 Mei 2021

**Kata Kunci:**

Pending claim, berkas  
 rekam medis, BPJS  
 kesehatan

**Keywords:**

*Pending claim, medical  
 records, BPJS health*

**Abstrak**

**Latar belakang:** Sistem vedika merupakan sistem penyelesaian klaim yang dilakukan di kantor BPJS Rumah Sakit Nur Hidayah pada bulan Juli-Desember 2017. Di Rumah Sakit Nur Hidayah masih mengalami *pending claim* rawat inap sebanyak 165 berkas rekam medis. **Tujuan:** mengidentifikasi penyebab *pending claim* BPJS dengan sistem vedika di Rumah Sakit Nur Hidayah. **Metode:** Deskriptif kualitatif dengan menggunakan teknik *total sampling*. Rancangan penelitian dengan menggunakan studi kasus. Instrumen penelitian yang digunakan *checklist* observasi, pedoman wawancara. Teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi. Analisis data kualitatif dilakukan dengan cara reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Uji validitas data menggunakan triangulasi sumber. **Hasil:** Rumah Sakit Nur Hidayah mengalami *pending claim* rawat inap sebanyak 23 berkas setiap bulannya atau sebesar 7% dari seluruh berkas yang diajukan. **Simpulan dan saran:** Persentase jumlah pending claim pada sistem vedika BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Nur Hidayah mencapai 7% berkas yang dikembalikan. Faktor penyebabnya yaitu persentase ketidaktepatan pemberian *coding* 43%, ketidaklengkapan berkas 23% dan diagnosa tidak sesuai kriteria 34%. Upaya yang dilakukan adalah dengan memberikan surat tugas pelatihan *coding*, melakukan pendekatan kepada DPJP dan melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang terlibat langsung dalam menangani pasien.

**Abstract**

**Background:** The vedika system was a system of clarifying claims made at the BPJS office in Nur Hidayah Hospital in July-December 2017. At Nur Hidayah Hospital there were still pending 165 inpatient medical records. **Objective:** Determine the cause of pending claims of BPJS with the vedic system in Nur Hidayah Hospital. **Method:** Qualitative descriptive research using total sampling technique. Study design using case studies. The research instrument used was the observation checklist, interview guide. The technique of collecting data through observation, interviews and documentation studies. Analysis qualitative data by data reduction, data presentation, and conclusion drawing. Test data validity using source triangulation. **Results:** Nur Hidayah Hospital has a pending 23 inpatient claims every month or 7% of all submitted files. **Conclusions and suggestions:** The percentage of pending claims on the BPJS Health vedika system in Nur Hidayah Hospital reached 7% of the files returned. The causative factor was the percentage of inaccurate coding of 43%, file incompleteness 23% and diagnosis does not match the criteria of 34%. The effort taken was to provide a coding training assignment letter, approach the DPJP and conduct socialization to all parts directly involved in handling patients.

---

## PENDAHULUAN

Unit rekam medis di rumah sakit mempunyai peran penting dalam melaksanakan pelayanan kepada pasien, khususnya dalam pelayanan administrasi (Budi, 2011). Menurut Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan atau dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis merupakan salah satu penunjang, khususnya dalam proses penggantian biaya perawatan, rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pelayanan kesehatan yang diterima pasien, informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui proses asuransi.

Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam meringankan biaya kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat untuk pembiayaan kesehatan adalah menetapkan penjaminan kesehatan melalui jaminan kesehatan, Permenkes No. 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional menyebutkan bahwa 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 atau iuran yang dibayar pemerintah. Menurut Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dibentuk oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan tahun 2014 merupakan program jaminan kesehatan lanjutan pemerintah pada tahun sebelumnya. Dalam Peraturan menteri kesehatan No. 69 tahun 2013 Tentang tarif pelayanan kesehatan program JKN tarif *Indonesian case based groups* yang selanjutnya disebutkan tarif INA CBG's adalah pembayaran menggunakan INA CBG's baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis dan tindakan pasien dari kode INA CBG's.

Pembayaran menggunakan INA CBG's bisa dilakukan apabila telah melakukan pengodean. Menurut Permenkes Nomor 27 tahun 2014, *coding* INA CBG's adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. *Coding* sangat menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke rumah sakit. Setelah melakukan pengodean menggunakan *coding* INA CBG's kemudian melakukan proses klaim BPJS. Adapun tujuan dibentuknya BPJS adalah mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi peserta dan atau anggota keluarganya. Klaim rumah sakit adalah tagihan yang berupa

---

biaya atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien peserta asuransi dalam hal ini BPJS Kesehatan (Artanto, 2016). Untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan dimanfaatkan secara tepat maka perlu melakukan verifikasi klaim. Verifikasi klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran (Idris, 2014). Apabila pada saat pembayaran sering terjadi penangguhan pembayaran yang berlebihan maka dapat menimbulkan *pending claim*. *Pending claim* merupakan *suspension of payment* yaitu penangguhan pembayaran atas hutang-hutang yang sudah boleh ditagih untuk menghindari kepailitan.

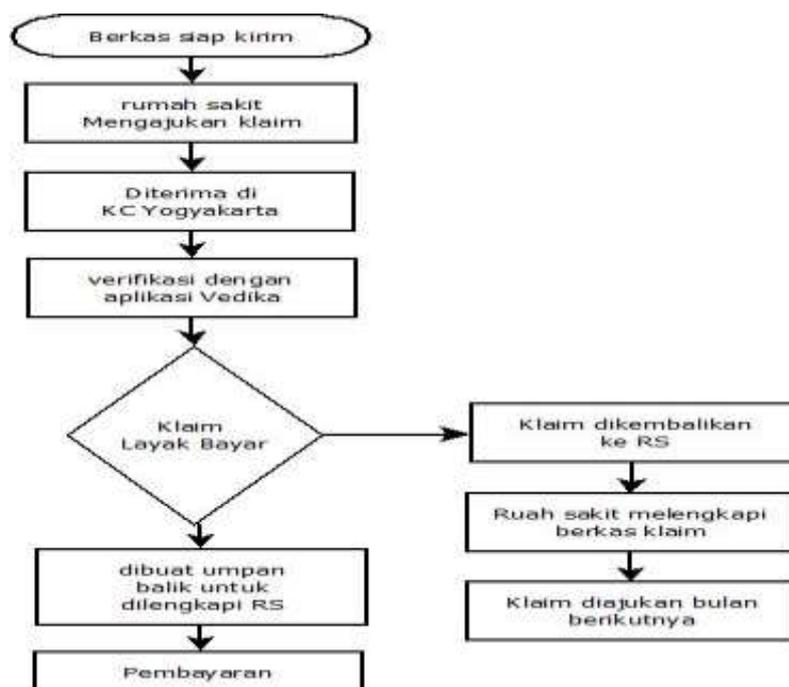
Rumah Sakit Nur Hidayah merupakan rumah sakit yang menggunakan sistem vedika yaitu merupakan sistem penyelesaian klaim dilakukan di kantor BPJS dan mengalami *pending claim* pada bulan Juli hingga Desember 2017 sebanyak 165 berkas. Sistem vedika merupakan sistem yang baru digunakan di Rumah Sakit Nur Hidayah, dengan harapan terjadi penurunan penundaan klaim BPJS Kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi proses *pending claim* BPJS dengan sistem vedika di Rumah Sakit Nur Hidayah.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Rancangan penelitian studi kasus. Subjek penelitian adalah petugas *costing*, *coder*, dan verifikasi internal. Objek penelitian adalah berkas klaim pasien BPJS di Rumah Sakit Nur Hidayah. Populasi subjek yaitu seluruh petugas *costing*, *coder* dan verifikasi internal di Rumah Sakit Nur Hidayah. Populasi objek yaitu berkas klaim BPJS pasien di Rumah Sakit Nur Hidayah pada bulan Juli hingga Desember 2017 yang mengalami *pending claim*. Pengambilan sampel subjek dan objek menggunakan teknik *total sampling*. Sampel subjek dilakukan dengan wawancara kepada narasumber meliputi 1 petugas *costing*, 1 petugas *coding*, dan 1 petugas verifikasi internal. Sampel objek yaitu keseluruhan klaim pada bulan Juli 2017 hingga Desember 2017 yang mengalami *pending claim*, yaitu 563 berkas klaim. Instrumen penelitian yang digunakan adalah *check list* observasi, pedoman wawancara. Penelitian ini dilakukan di BPJS Center Rumah Sakit Nur Hidayah pada bulan April hingga Juni 2018. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Analisis data kualitatif dilakukan dengan cara reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Uji validitas data dilakukan dengan menggunakan triangulasi sumber.

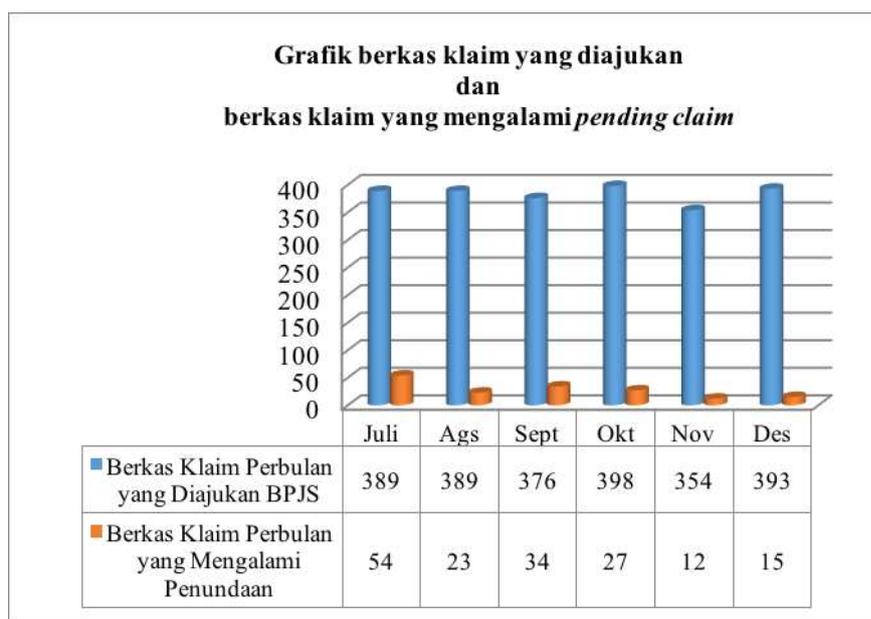
## **HASIL PENELITIAN**

Proses klaim di Rumah Sakit Nur Hidayah dimulai dari pasien yang membawa kelengkapan persyaratan BPJS ke ruang BPJS Center Rumah Sakit Nur Hidayah, petugas akan melakukan *check* kelengkapan persyaratan dan membuat Surat Elegibilitas Peserta (SEP). Kemudian berkas diserahkan kepada pasien dan selanjutnya pasien diarahkan untuk menunggu antrian periksa di depan poli yang dituju. Setelah pasien dilakukan pemeriksaan, pasien menuju kasir dan farmasi untuk menyerahkan berkas klaim, lalu bagian kasir meletakkan berkas klaim pada tempat berkas asuransi. Staf instalasi penjaminan mengambil berkas di kasir setiap hari dan mengelompokkan berkas berdasarkan per tanggal periksa. Sedangkan untuk berkas klaim rawat inap bisa diambil di kasir setelah pasien pulang dari rawat inap. Petugas *coding* melakukan pengodean untuk klaim rawat jalan, dan melakukan pemberkasan untuk kelengkapan rawat inap sebelum dilakukan pengodean meliputi kelengkapan klaim rawat inap bedah, kelengkapan klaim rawat inap non bedah, dan kelengkapan klaim rawat inap *obsgyn*. Berkas yang sudah *dicoding* selanjutnya dilakukan *check* kelayakan diagnosa yang diajukan oleh verifikator internal sebelum dikirim ke kantor BPJS cabang Yogyakarta untuk dilakukan *vedika*. Alur sistem *vedika* BPJS kesehatan dapat dilihat pada gambar alur di bawah ini:



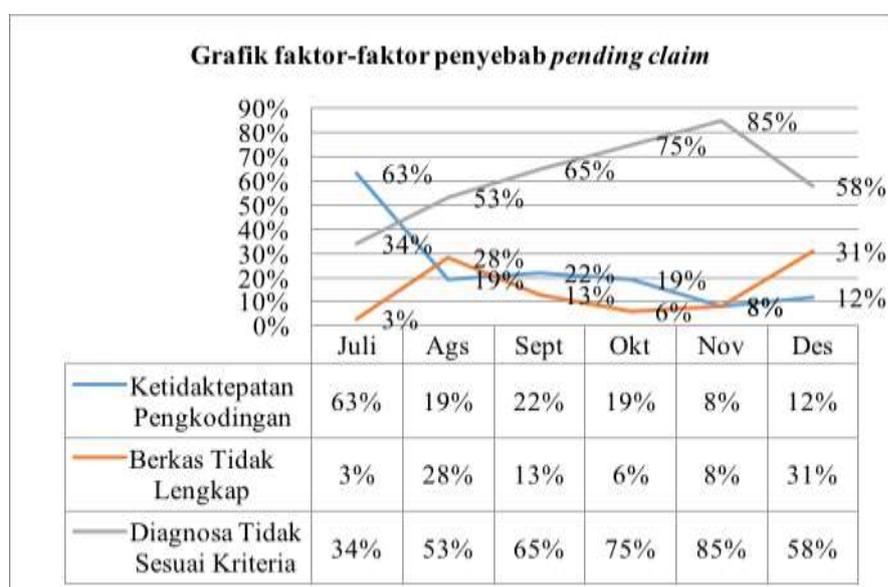
Gambar 1. Alur sistem *vedika* BPJS Kesehatan

Rumah sakit mengalami *pending claim* pada sistem *vedika* BPJS kesehatan bulan Juli hingga Desember 2018 adalah pada klaim rawat inap, sedangkan untuk rawat jalan rumah sakit tidak mengalami *pending claim*. Rumah Sakit Nur Hidayah melakukan klaim rawat inap ke BPJS Kesehatan dari bulan Juli hingga Desember. Jumlah berkas yang mengalami *pending claim* dapat dilihat pada gambar grafik di bawah ini:



Gambar 2. Grafik berkas klaim yang diajukan dan yang mengalami *pending claim*

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa Rumah Sakit Nur Hidayah melakukan klaim rawat inap ke BPJS selama bulan Juli hingga Desember yaitu sebanyak 2.299 berkas klaim rawat inap dan mengalami penundaan pembayaran sebanyak 165 berkas. Rata-rata Rumah Sakit Nur Hidayah mengalami *pending claim* sebanyak 23 berkas setiap bulannya. Jika dihitung dalam persentase, Rumah Sakit Nur Hidayah mengalami *pending claim* rawat inap sebanyak 7% dari seluruh berkas yang diajukan. Faktor-faktor penyebab *pending claim* pada sistem vedika BPJS kesehatan terdapat tiga faktor dapat dilihat pada grafik di bawah ini:



Gambar 3. Faktor-faktor penyebab *pending claim* di Rumah Sakit Nur Hidayah

---

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa faktor penyebab *pending claim* pada sistem vedika BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Nur Hidayah disebabkan oleh tiga faktor. *Pending claim* dikarenakan diagnosa tidak sesuai kriteria BPJS menjadi faktor yang paling tinggi, kecuali pada bulan Juli yang nilai persentase penyebab *pending claim* lebih rendah dari penyebab *pending claim* karena ketidaktepatan pengodean.

Terjadinya *pending claim* memiliki pengaruh besar terhadap pemasukkan dana bagi rumah sakit dan dapat mempengaruhi indikator mutu tim jaminan kesehatan. Disamping itu dengan adanya *pending claim* tidak sesuai dengan target yang diharapkan direktur Rumah Sakit Nur Hidayah memberikan target *zero pending* untuk pengajuan klaim pada setiap bulannya. Di Rumah Sakit Nur Hidayah, klaim yang mengalami *pending claim* menjadi masalah serius karena rata-rata pasien yang rawat inap di Rumah Sakit Nur Hidayah menggunakan asuransi BPJS.

Penyebab *pending claim* pada sistem vedika disebabkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhi, seperti faktor manusia, faktor metode dan faktor material. Dilihat dari faktor manusia atau tenaga kerja, yaitu disebabkan karena kurangnya sumber daya manusia yang dapat mempengaruhi beban kerja petugas, terjadinya *double job*, sedangkan rumah sakit hanya memiliki petugas sebanyak 3 orang. Pada keadaan tersebut, petugas *coding* melakukan rangkap tugas, mulai dari administrasi klaim sampai penyiapan berkas, dan melakukan pengodean yang dapat mempengaruhi beban kerja petugas, sehingga klaim yang diajukan tidak sesuai kriteria BPJS. Dengan banyaknya klaim yang tidak diimbangi oleh sumber daya manusia yang mencukupi, dapat menyebabkan petugas kelelahan dan menjadi kurang fokus dalam menjalankan tugas.

Faktor prosedur didapatkan hasil bahwa di rumah sakit tidak ada standar prosedur operasional yang secara khusus mengenai pengajuan klaim BPJS. Selama ini, rumah sakit hanya menggunakan surat pemberitahuan yang diedarkan oleh BPJS dan perjanjian antara pihak rumah sakit dengan BPJS. Di Rumah Sakit Nur Hidayah, prosedur tetap atau standar prosedur operasional hanya mengenai pelayanan terhadap pasien, sedangkan standar prosedur operasional terkait pengelolaan klaim BPJS dan pelayanan verifikasi dan penerbitan Surat Elegibilitas Peserta (SEP) BPJS dalam membantu proses pelaksanaan klaim BPJS dan proses pengajuan klaim belum ada. Namun petugas mengetahui tuntutan rumah sakit untuk menghindari *pending claim*. Faktor bahan-bahan klaim (*materials*) didapatkan hasil bahwa hal ini disebabkan di Rumah Sakit Nur Hidayah masih ditemukan adanya ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan ke kantor BPJS sehingga klaim yang diajukan ke kantor BPJS mengalami *pending claim*.

Faktor *machine*, dan *money* didapatkan hasil bahwa tidak ditemukan penyebab *pending claim*. Dilihat dari faktor *machine* yaitu peralatan yang digunakan dalam proses pengklaiman

---

BPJS di Rumah Sakit Nur Hidayah sudah memadai dengan menggunakan komputer yang terhubung dengan internet dan disertai aplikasi elektronik ICD 10 dan ICD 9 CM versi terbaru. Di Rumah Sakit Nur Hidayah, peralatan komputer yang digunakan sudah membantu dan mendukung dalam pelaksanaan klaim BPJS. Faktor *money* didapatkan hasil bahwa biaya atau gaji yang diberikan oleh rumah sakit kepada pegawai tidak ada kendala sama sekali karena sesuai dengan kinerja yang dilakukan oleh pegawai. Terkait biaya atau gaji yang diberikan oleh rumah sakit kepada pegawai tidak ada masalah, karena tidak pernah ada petugas yang mengeluh tentang gaji atau upah yang didapatkan ketika melakukan pekerjaan sesuai dengan kinerja yang dilakukan.

Upaya yang dilakukan oleh petugas tim jaminan kesehatan Rumah Sakit Nur Hidayah agar tidak terjadi penundaan pembayaran pada sistem vedika BPJS Kesehatan diantaranya yaitu upaya mengatasi *pending claim* karena ketidaktepatan *coding*, dapat dilakukan dengan cara manajemen rumah sakit memberikan surat tugas kepada *coder* pelatihan *coding* baik tingkat daerah maupun nasional.

Upaya untuk mengatasi *pending claim* karena diagnosa tidak sesuai kriteria BPJS verifikasi internal, pihak rumah sakit sudah melakukan pendekatan dengan dokter penanggung jawab pasien untuk menuliskan *resume* sesuai penyakit pasien selama dirawat dan melakukan *review* pada setiap diagnosa yang diajukan, diagnosa yang mendapatkan pengobatan dan disertai penunjang dengan jelas.

Upaya untuk mengatasi *pending claim* akibat ketidaklengkapan berkas klaim, pihak rumah sakit telah melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang berhubungan langsung dalam pelayanan pasien, untuk memastikan bahwa seluruh hasil penunjang sudah terlampir di dalam rekam medis pasien. Upaya yang dilakukan oleh petugas instalasi penjaminan agar tidak mengalami *pending claim* yaitu dengan mengirim *coder* untuk mengikuti kegiatan pelatihan *coding*, verifikator internal melakukan sosialisai penulisan *resume* kepada DPJP dan *coasting* mengupayakan agar berkas klaim lengkap.

## PEMBAHASAN

*Pending claim* pada sistem vedika BPJS kesehatan sebanyak 165 berkas atau 7% dari total berkas yang diajukan. Penundaan pembayaran merupakan penangguhan pembayaran atau pembayaran yang tidak sesuai dengan waktu yang disepakati. Terjadinya *pending claim* di Rumah Sakit Nur Hidayah disebabkan oleh tiga faktor yaitu faktor ketidaktepatan pengodean, faktor ketidaklengkapan berkas dan faktor diagnosa yang tidak sesuai kriteria BPJS kesehatan. Dengan masih ditemukannya klaim yang mengalami *pending claim* tentunya menjadi hal yang sangat diperhatikan oleh Rumah Sakit Nur Hidayah. *Pending claim* merupakan *suspension of*

---

*payment* yaitu penangguhan pembayaran atas hutang-hutang yang sudah boleh ditagih untuk menghindari kepailitan. Jangka waktu pengajuan klaim yaitu 2 tahun, apabila lewat dari waktu yang ditentukan klaim hangus atau tidak dapat diproses.

Faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan persyaratan klaim BPJS rawat jalan dapat diketahui dengan menggunakan diagram ishikawa atau diagram tulang ikan (*fish bone*). Pembuatan diagram sebab akibat ini bertujuan agar dapat memperlihatkan faktor-faktor penyebab (*root cause*) dan karakteristik kualitas *effect* yang disebabkan oleh faktor-faktor penyebab tersebut. Umumnya diagram sebab akibat menunjukkan 5 faktor yaitu *man* (manusia), *method* (metode), *material* (bahan), *machine* (mesin), dan *money* (uang). Diagram *fish bone* biasanya disusun berdasarkan informasi yang didapatkan dari sumbang saran. Diagram sebab akibat dipergunakan untuk kebutuhan-kebutuhan seperti membantu mengidentifikasi akar penyebab dari suatu masalah, membantu membangkitkan ide-ide untuk solusi suatu masalah, dan membantu dalam penyelidikan atau pencarian fakta-fakta lebih lanjut.

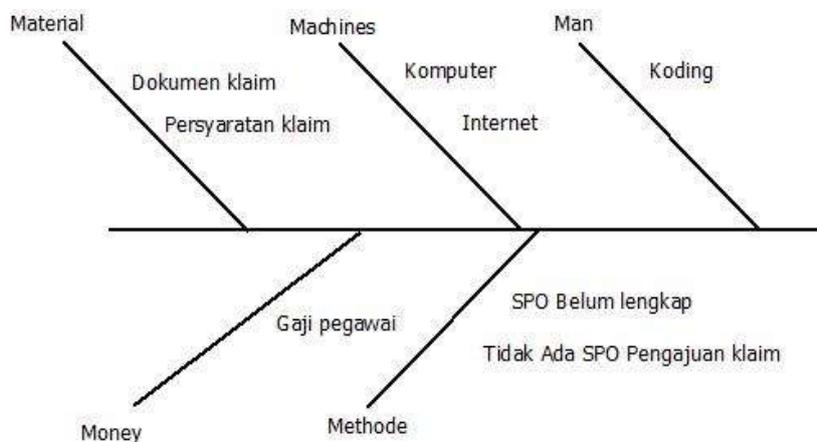
Faktor *man* (manusia) menunjuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Dalam manajemen, faktor manusia adalah yang paling menentukan. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan. Tanpa ada manusia tidak akan ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia adalah makhluk kerja (Satrianegara, 2009).

Faktor *money* atau uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan. Oleh karena itu uang merupakan alat atau *tools* yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini berhubungan dengan berapa uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi. Faktor *material* atau bahan yaitu *material* terdiri dari bahan setengah jadi atau *raw material* dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan atau materi-materi sebagai salah satu sarana. Sebab materi dan manusia tidak dapat dipisahkan, tanpa materi tidak akan tercapai hasil yang dikehendaki.

Faktor *machine* atau mesin yaitu mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja, atau juga bisa disebut peralatan, komputer dan lain-lain yang diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan. Faktor *method* atau metode yaitu metode adalah suatu tata cara kerja yang memperlancar jalannya pekerjaan manajer. Sebuah metode saat dinyatakan sebagai penetapan cara

pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha.

Dengan melakukan analisis berdasarkan 5 faktor di atas ditemukan penyebab terjadinya ketidaklengkapan berkas klaim seperti pada gambar di bawah ini, yaitu:



Gambar 4. *Fishbone* faktor *pending claim*

Berdasarkan gambar *fishbone* faktor *pending claim* di atas maka faktor penyebab *pending claim* dapat disebabkan oleh 5 faktor yaitu *man*, *method*, *material*, *machine*, dan *money*.

Faktor *man* yaitu berdasarkan penelitian diketahui kurangnya sumber daya manusia dalam melakukan kegiatan pelaksanaan klaim yang mempengaruhi terjadinya *pending claim* pembayaran. Sumber daya manusia merupakan suatu proses untuk menumbuhkan atau meningkatkan suatu potensi fisik dan psikis manusia untuk mencapai tujuan dari suatu organisasi yang dilakukan dengan cara mendayagunakan manusia sebagai tenaga kerja atau yang melakukan pekerjaan.

Faktor *method* yaitu berdasarkan penelitian pemberitahuan dari BPJS dalam pengklaiman BPJS sudah diketahui secara merata oleh petugas yang terlibat dalam proses *claim* BPJS di Rumah Sakit Nur Hidayah. Prosedur adalah urutan langkah-langkah atau pelaksanaan-pelaksanaan pekerjaan, dimana pekerjaan tersebut dilakukan, berhubungan dengan apa yang dilakukan, bagaimana melakukannya, bilamana melakukannya, dimana melakukannya, dan siapa yang melakukannya. Prosedur adalah suatu cara, dimana pembuatan cara tersebut dipersiapkan untuk jangka waktu mendatang dan bisa jadi akan digunakan secara terus menerus jika cara tersebut dapat dipergunakan secara efektif dan efisien. Prosedur merupakan tahap kegiatan untuk menyelesaikan suatu aktivitas atau metode langkah demi langkah secara pasti dalam memecahkan suatu masalah (Nuraida, 2008).

---

Faktor *material* masih ditemukannya bahan-bahan klaim yang tidak lengkap mempengaruhi terjadinya *pending claim*. Dalam kegiatan pelayanan di rumah sakit bahan (*material*) dianggap sebagai alat atau sarana pendukung untuk mencapai tujuan suatu organisasi. *Material* terdiri dari bahan setengah jadi atau *raw material* dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan atau materi-materi sebagai salah satu sarana (Satrianegara, 2009). Faktor *machine* yaitu peralatan yang ada di Rumah Sakit Nur Hidayah sangat membantu terciptanya pekerjaan secara cepat dan maksimal. Penggunaan mesin akan membawa kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja (Satrianegara, 2009).

Faktor *money* yaitu Di Rumah Sakit Nur Hidayah pemberian gaji karyawan sudah sesuai dengan yang diharapkan sehingga membantu dalam memaksimalkan setiap pekerjaan. Uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar-kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan (Satrianegara, 2009). Gaji yang diberikan oleh rumah sakit tersebut kepada pegawai tidak ada masalah, karena tidak pernah ada petugas yang mengeluh tentang gaji atau upah yang didapatkan ketika melakukan pekerjaan sesuai dengan kinerja yang dilakukan.

Upaya mengatasi *pending claim* karena ketidaktepatan *coding* yaitu dapat dilakukan dengan petugas *coding* diberikan hak untuk mengikuti pelatihan *coding* yang diadakan Permimpunan Profesional Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan Indonesia (PORMIKI) tentunya sangat membantu menambah ketrampilan dalam pengodean. Dengan adanya penyebab *pending claim* dikarenakan ketidaktepatan *coding* tentunya menjadi pekerjaan rumah bagi rumah sakit untuk menambah ketrampilan seorang *coder*. Menyusun rencana kerja operasional dalam proses pengisian berkas persyaratan klaim BPJS dapat menurunkan tingkat pending klaim berkas rekam medis (Deharja & Santi, 2019). Perlu melakukan evaluasi yang melibatkan verifikator BPJS untuk kesesuaian pengodean, sehingga jumlah *pending claim* berkas BPJS yang disebabkan pengodean dapat dikurangi (Niat *et al.*, 2018).

Upaya mengatasi *pending claim* karena diagnosa tidak sesuai kriteria BPJS dapat dilakukan dengan rumah sakit dengan langsung melakukan pendekatan dengan dokter penanggung jawab pasien. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyebab keterlambatan pada faktor *man* adalah petugas pengodean aktif berkomunikasi dan melakukan konfirmasi dengan dokter (Noviatri & Sugeng, 2017). Dengan verifikator internal melakukan *review* setiap diagnosa yang diajukan merupakan diagnosa yang mendapatkan pengobatan dan disertai penunjang dengan jelas akan sangat membantu dalam mengatasi *pending claim* dikarenakan diagnosa tidak sesuai kriteria BPJS. Selain itu dengan dilakukan sosialisasi terkait penulisan

---

*resume* medis dan akan melakukan pertemuan rutin per bulan kepada DPJP agar penulisan *resume* medis jadi lebih baik.

Upaya mengatasi *pending claim* karena berkas klaim yang diajukan tidak lengkap di Rumah Sakit Nur Hidayah dengan melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang berhubungan dengan klaim untuk memastikan seluruh hasil pemeriksaan terlampir di berkas rekam medis. Perlu dilakukan evaluasi terkait pengklaiman yang belum dilaksanakan secara rutin yaitu dengan melakukan rapat rutin (Nurdiah & Iman, 2014). Umpan balik dengan seluruh unit rawat jalan dan rawat inap merupakan solusi terbaik dalam mengatasi masalah yaitu ketidakpatuhan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dalam melengkapi rekam medis (Aditya *et al.*, 2018).

## SIMPULAN

Persentase jumlah klaim yang mengalami *pending claim* pada sistem vedika BPJS Kesehatan mencapai 7% berkas yang dikembalikan. Faktor penyebabnya yaitu persentase ketidaktepatan pemberian *coding* 43%, ketidaklengkapan berkas 23% dan diagnosa tidak sesuai kriteria 34%.

## SARAN

Upaya yang dilakukan adalah dengan memberikan surat tugas pelatihan *coding*, melakukan pendekatan kepada DPJP dan melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang terlibat langsung dalam menangani pasien.

## REFERENSI

- Aditya Pradani, E., Lelonowati, D., & Sujianto, S. (2018). Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X: Apa Akar Masalah dan Solusinya? *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(2), 112–121. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6134>
- Artanto, A. E. (2016). Faktor - Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 4, 38–50.
- Budi, S. C. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Medis.
- Deharja, A., & Santi, M. W. (2019). Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Jurnal Kesmas Indonesia*, 11(1), 24–35.
- Idris, F. (2014). *Petunjuk Klinis Verifikasi Klaim*. Jakarta: Direktorat Pelayanan.
- Niat, M., Halawa, S., & Klaim, G. (2018). Analisis Penyebab Unclaimed Berkas Bpjs Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan. *Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 3(2), 480–485.
- Noviatri, L. W., & Sugeng, S. (2017). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 22. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27473>
- Nuraida, I. (2008). *Manajemen Administrasi Perkantoran*. Yogyakarta: Kanisus.
- Nurdiah, R. S., & Iman, A. T. (2014). Analisis Penyebab Unclaimed Berkas Bpjs Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4

---

No2(2337–6007), 23–28.

- Permenkes, R. I. (2008). *Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta.
- Permenkes, R. I. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 71 Tahun 2013 tentang Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Permenkes, R. I. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*. Jakarta.
- Satrianegara. (2009). *Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Undang-Undang. (2011). *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial*. 2011.